

ด่วนที่สุด

ที่ กค 0518.2/ ว 43



กองกฤษฎีกา
เลขที่ 002909
วันที่ 10 มี.ย. 2545
เวลา 11.01 น.

กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม 6 กท 10400

28 มีนาคม 2545

เรื่อง แบบพิมพ์การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ้างถึง หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0518.2/ว.36 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2545

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบพิมพ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 2. คำสั่งกระทรวงการคลัง ที่ 70/2545 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2545
 3. ประกาศกรมบัญชีกลาง เรื่อง การให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตามแผนการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ตามที่กระทรวงการคลังได้กำหนดระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยภายใน ตามโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 และได้เวียนแจ้งส่วนราชการทราบ ตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

อาศัยอำนาจตามความนัยข้อ 5 ข้อ 7 ข้อ 9 ข้อ 15 และข้อ 21 ของระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 เพื่อให้การดำเนินงานตามโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ กรมบัญชีกลางเห็นควรกำหนดแบบพิมพ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งแจ้งให้ทราบคำสั่งและประกาศที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

สำนักกฎหมายและระเบียบ

ส่วนกฎหมายและระเบียบ 2

โทร. 0-2273-9561

ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพรพรหม
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพรพรหม
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

(นายสถิตย์ คีไพโร)

หัวหน้างานสารบรรณ

10 มี.ย. 2545

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

แบบ 7100

1. เสนอ

ข้าพเจ้า เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ตำแหน่ง ตั้งเกิด กระทรวง/จังหวัด

มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

- ☐ ข้าพเจ้า
☐ คู่สมรส ชื่อ
☐ บิดา ชื่อ
☐ มารดา ชื่อ
☐ บุตร ชื่อ
เกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).. ..

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว / เลขที่
หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง อำเภอ จังหวัด
ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

2. เสนอ

ขอรับรองว่า ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด

2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่(1).....

ส่วนราชการ(2).....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน

ด้วย(3)..... แจ้งว่า(4).....

เลขที่ประจำตัวประชาชน (4.1) □-□□□□-□□□□□□-□□-□ หรือ เลขที่บัตรประจำตัว

คนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง..... (4.2)..... อายุ..... ปี ซึ่งเป็น.....(5).....

ได้เข้ารับการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยภายใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า(3)..... เลขที่ประจำตัวประชาชน (3.1)

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ อายุ..... ปี ตำแหน่ง.....

สังกัดกรม กระทรวง

ส่วนราชการ จังหวัด ซึ่งเป็น(5.1).....

ของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด

☐ วางฎีกาขอเบิกเงินจาก(6).....☐ ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7102) ไปเพื่อเบิกเงินชำระหนี้ให้

.....(7)..... ค่อยไปด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

- (1) ให้ใช้เช่นเดียวกับหนังสือราชการ
- (2) ให้ระบุส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง
- (3) ให้ระบุชื่อข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
- (3.1) เลขที่ประจำตัวประชาชน ของข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
- (4) ให้ระบุชื่อบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษายาบาล พร้อมเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก (4.1) หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว / เลขที่ของหนังสือเดินทาง (4.2)
- (5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
- (5.1) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย
- (6) กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงินเอง ให้ระบุสถานที่เบิกเงินว่าเป็นกรมบัญชีกลาง สำนักงานคลังจังหวัด หรือสำนักงานคลังจังหวัด ณ อำเภอใด
- (7) กรณีที่ส่วนราชการเข้าสังกัดเป็นผู้เบิกเงินให้ ให้ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีส่วนราชการเป็นผู้เบิกเงินให้)

(ชื่อสถานพยาบาล).....

(ที่ตั้ง).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

ตามหนังสือรับรองของ.....ที่...../.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานพยาบาลขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ

.....ที่ได้มาขอรับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. รวม.....วัน

ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้องและค่าอาหารรวม.....วัน วันละ.....บาท			
2.	อวัยวะเทียม / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.			
4.	ยาน้ำกลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม / การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา			
รวมทั้งสิ้น				

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร).....บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย (.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

หมายเหตุ โปรดเขียนเช็คส่งจ่ายในนามของ..... (สถานพยาบาล
ที่เรียกเก็บเงิน)

คำรับรองของแพทย์

ข้าพเจ้า เป็นผู้จดทะเบียนประกอบโรคศิลปะ (แผนปัจจุบัน
ชั้นหนึ่ง สาขา หรือแผนโบราณ) ใบทะเบียนเลขที่
ได้ทำการตรวจรักษา อายุ ปี บัตรประจำตัว
เลขที่ เลขที่สถานพยาบาล (เลขที่ลงทะเบียนผู้ป่วยภายในของสถานพยาบาล) ซึ่งได้
มาขอรับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนี้ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่

ลงชื่อ
(.....)
แพทย์ผู้ตรวจรักษา

คำรับรองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า ได้ตรวจหลักฐานการเข้ารับการรักษายาบาล
ของ แล้ว ขอรับรองว่า
ได้รับเข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนี้ตามระยะเวลาดังกล่าวจริง

ลงชื่อ
(.....)
ผู้อำนวยการสถานพยาบาล
หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แบบ 7105

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....☐ ก.....สังกัด.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
- ☐ ข้าพเจ้า
- ☐ บิดา ชื่อ..... ☐ คู่สมรส ชื่อ.....
- ☐ มารดา ชื่อ.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ข
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
- ป่วยเป็นโรค.....
- และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)
- ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ
- เป็นเงิน.....บาท (☐ ก.....) และ
- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของ ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- ข้าพเจ้า ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3) ☐ ข ☐ ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา จ เสนอ ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ) (.....)	5. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ก ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงเหลืออยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

งบใบสำคัญเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 ประจวบที่

ใบสำคัญที่	รายการ	จำนวนเงิน		รวมเงิน		หมายเหตุ
			รวม			

ลงชื่อ ผู้เบิก
 (.....)

ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)

ตามหนังสือรับรองของ ที่...../.....
 ลงวันที่ เดือน พ.ศ. รับรองการเข้ารับการรักษายาบาล
 ของ เลขที่ประจำตัวประชาชน
 หรือเลขที่ประจำตัวบัตรประเภทอื่น และได้มาขอรับการรักษายาบาลจาก
 ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่.....
 เดือน พ.ศ. รวม วัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง / ค่าอาหาร		
2.	อวัยวะเทียม / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา		
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.		
4.	ยานำกลับบ้าน		
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต		
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา		
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา		
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ		
10.	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์		
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี		
12.	ค่าบริการทางการแพทย์		
13.	บริการทางทันตกรรม		
14.	บริการทางกายภาพบำบัด		
15.	บริการฝังเข็ม / การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ		
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา		
รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามฎีกาที่ /

(ลงชื่อ)

(.....)

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

ตัวอย่างหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลของเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ชื่อสถานพยาบาล) ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล จาก.....

ซึ่งป่วยเป็นโรค.....และได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลนี้

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน

ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	ค่าห้องและค่าอาหารรวม.....วัน วันละ.....บาท		
2.	อวัยวะเทียม / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา		
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.		
4.	ยานานกลับบ้าน		
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต		
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา		
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา		
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ		
10.	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์		
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี		
12.	ค่าบริการทางการแพทย์		
13.	บริการทางทันตกรรม		
14.	บริการทางกายภาพบำบัด		
15.	บริการฝังเข็ม / การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ		
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา		
รวมทั้งสิ้น			

(จำนวนเงินตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

แบบ 7120

หนังสือแจ้งการไต่สวน

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งการไต่สวน เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร
เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

ด้วย.....(3).....ซึ่งเป็นคู่สมรสของ.....(4).....
ตำแหน่ง.....สังกัด/รับบำนาญ ฝ่าย.....กอง.....กรม.....
ประสงค์จะเป็นผู้ไต่สวน เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และงดเว้นการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร
พัก.....(4).....และแจ้งตอบรับหนังสือแจ้งการไต่สวนมาเพื่อ.....(2).....
ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการ เจ้าสังกัดของผู้ทไต่สวนหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับบำนาญ
เบี้ยหวัด

(3) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดซึ่งประสงค์เป็นผู้ไต่สวน
เบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร

(4) ชื่อคู่สมรสของผู้ประสงค์เป็นผู้ขอไต่สวน

(กรณีเป็นการแจ้งการไต่สวนภายในส่วนราชการสังกัดเดียวกันให้ทำเป็นหนังสือ
ภายในตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526)

หนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิ

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร

เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

อ้างถึง(3).....

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรของ.....

.....(4)..... นั้น

.....(2).....รับทราบแล้ว และได้แจ้งค.เว.นการเบิกค่ารักษาพยาบาล
สำหรับบุตรให้แก่.....(5).....ตั้งแต่วันที่...เดือน,.....พ.ศ.....
เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ (1) ำทำใช้ที่ เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการ เจ้าสังกัดของคู่สมรสของผู้ขอใช้สิทธิ

(3) หนังสือแจ้งการใช้สิทธิ

(4) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับบำนาญ เปียหวัดซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิ
เบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร

(5) ชื่อคู่สมรสของผู้ประสงค์เป็นผู้ขอใช้สิทธิ

(กรณีเป็นการแจ้งตอบรับการภายในส่วนราชการสังกัดเดียวกันำทำเป็นหนังสือ
ภายในตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526)

ฎีกาเงินงบประมาณ

แบบ 4100/1

คำขอเบิก						
ส่วนราชการ		จังหวัด	รหัสเขตท้องที่	ผู้เบิก		
ข้าพเจ้าขอเบิกงบประมาณ และขอรับรองว่าการเบิกเงินถูกต้องตามวัตถุประสงค์ และได้ดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องทุกประการตามรายการดังต่อไปนี้						
ลายมือชื่อผู้เบิก ชื่อผู้เบิก ตำแหน่ง วันที่		เลขที่อ้างอิง				
		ส่งข้อมูลวันที่		เวลา	พิมพ์ฎีกาวันที่	
		แผนงาน บริการสุขภาพ หมวดย่อย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของข้าราชการถูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐ (สร.) ประจำปีคือนี้ งบประมาณปี พ.ศ.				
		เบิกหักหลักส่งไม่รับตัวเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนไข้ใน เพื่อเข้าบัญชีเงินฝาก การรักษาประเภทคนไข้ใน รหัสหน่วยงาน รหัสบัญชีย่อย 910				
รหัสหน่วยงาน		รหัส			จำนวนเงินที่ขอเบิก	
รายการการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในที่เบิกในครั้งนี้ ราย - ค่าห้อง/อาหาร/อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ - ค่ารักษาพยาบาลอื่น บาท ขอเบิก 80% รวม บาท		ลักษณะงาน	ประเภทงาน/โครงการ	บัญชี	หมวดย่อย	บาท
		140302	0	1302	974	
		140302	0	1302	976	
		140302	0	1302	9501	
		จำนวนเงินเบิกหักหลักส่งไม่รับตัวเงิน				
ที่คลังรับ	วันที่คลังรับ	ลายมือชื่อผู้รับ	จำนวนเงิน			
			(ตัวอักษร)			
ตรวจสอบลายมือชื่อผู้เบิกและ รายการขอเบิกถูกต้อง			อนุมัติตามรายการที่ขอเบิกและจ่ายเงินได้จำนวน บาท			
			จำนวนเงิน (ตัวอักษร)			
มีเงินประจำงวดเพียงพอ			ลายมือชื่อผู้อนุมัติ ชื่อผู้อนุมัติ ตำแหน่ง วันที่			
คลัง			ใบรับเงิน ได้รับเงินถูกต้องแล้ว บาท			
			จำนวนเงิน (ตัวอักษร)			
โอนเข้าบัญชีแล้ว วันที่			ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน ชื่อผู้รับเงิน วันที่		ลายมือชื่อ ผู้จ่ายเงิน ชื่อผู้จ่ายเงิน วันที่	