

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า..... ☐ คู่สมรส ชื่อ.....☐ บิดา ชื่อ..... ☐ มารดา ชื่อ.....☐ บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด

เป็นเงิน.....บาท (.....)

และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรและเพียงฝ่ายเดียว(2) คู่สมรสของ ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำข้าพเจ้า ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....
สังกัด.....☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ(3)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า(4) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับ
การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....
ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ
การไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซม
อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5)ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาน่าจากการ
 เข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....
 ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ
 ไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซม
 อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษายาบาล
 ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตาม
 จำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....
 (.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิก

(ลงชื่อ).....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....
 (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
 (.....)

ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

(ก) ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด
 แล้วแต่กรณี

(ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ
 ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

(ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
 การรักษายาบาล

(ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

(จ) ให้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

(ฉ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
- ☐ ข้าพเจ้า
- ☐ บิดา ชื่อ.....
- ☐ มารดา ชื่อ.....
- ☐ คู่สมรส ชื่อ.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ข
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนบุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ พงราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....(.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ ☐ ค
- เป็นเงิน.....บาท (.....) และ
- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่มีไม่ส่วนราชการ
- ☐ มีสิทธิแต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรส ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- ของข้าพเจ้า ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่มีไม่ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

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

คำชี้แจง

- ก ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่าข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี
- ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตรแล้วแต่กรณี
- จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ