

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	ก	
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ		
	☐ ข้าพเจ้า		
	☐ บิดา ชื่อ..... ☐ คู่สมรส ชื่อ.....		
	☐ มารดา ชื่อ.....		
	☐ บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....		
			เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
	☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ	ข	
	☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว		
	☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย		
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....		
	เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....		
	ป่วยเป็นโรค.....		
	และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....		
	ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....		
	ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท		
	(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ		
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล		
	☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ	ค	
	เป็นเงิน.....บาท (.....)		
(1)	ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ		
	☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า		
	☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว		
(2)	คู่สมรสของ		
	ข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ		
	☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....		
	☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น		
	ตำแหน่ง.....สังกัด.....		
	ง		
	☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ		
(3)	ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ			
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ			
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....			

จ 4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ข้าพเจ้า นายวิญญู จำริญพงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ)..... (นายวิญญู จำริญพงษ์) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	5. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) (ลงชื่อต่อเมื่อ ได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ก

ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี
- ข

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบ
สำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ