

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ชื่อบุคคล..... ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท

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

3. ชื่อบุคคลมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย ข

เป็นเงิน..... บาท (.....) และ

(1) ชื่อบุคคล ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) ชื่อบุคคล ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ

๔

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) วัตถุประสงค์แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง



ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ



ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย



ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส มีดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี



ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

