

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**  
**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

<p>1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....          สังกัด.....</p>
<p>2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....          เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ป่วยเป็นโรค.....          และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....          ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....          ถึงวันที่ .....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท          (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบจำนวน.....ฉบับ</p>
<p>3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....บาท (.....) <input checked="" type="checkbox"/> และ</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2) <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>

4. เสนอ.....  ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

6. โใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน  
(.....)  
(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ