

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ○ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

## 2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า..... ○ คู่สมรส ชื่อ.....
- บิดา ชื่อ..... ○ มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....
- เป็นบุตรลำดับที่.....(ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่.....(ของมารดา)
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ○ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้ย่ำขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรที่แทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....  
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานที่พยาบาล).....

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

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

## 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- เต็มจำนวน ○ ไม่เต็มจำนวน ○ เฉพาะส่วนที่ยังขาด

เป็นเงิน.....บาท (.....)

และขอรับรองว่า

- (1) ข้าพเจ้า ○ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิได้รับต่ำกว่า
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ○ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือส่วนท้องถิ่น  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3) .....ของข้าพเจ้า ○ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือ  
ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยราชการอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิได้รับต่ำกว่า

- (4) ข้าพเจ้า ○ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะห่างจากการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....  
 รวมระยะ.....วัน และขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว  
 จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง ค่าซ่อมแซม  
 อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)
- (5) .....ข้าพเจ้า ○ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....  
 รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว  
 จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง  
 ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำรุงรักษาโรค)  
 (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
 วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>4. <u>คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</u>          เสนอ อธิการบดีสถาบันราชภัฏสกลนคร          ข้าพเจ้า.....          ตำแหน่ง.....          ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก          (ลงชื่อ).....          (.....)          ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี</p>	<p>5. <u>คำอนุมัติ</u>          อนุมัติให้เบิกจ่ายได้          (ลงชื่อ).....          (.....)          ตำแหน่งอธิการบดีสถาบันราชภัฏสกลนคร          วันที่.....</p>
--	--

6. ใบรับเงิน  
 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
 (.....) ไปถูกต้องแล้ว  
 (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)  
 (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....