

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

2.ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

( ) ข้าพเจ้า

( ) บิดา ชื่อ..... ( ) คู่สมรส ชื่อ.....

( ) มารดา ชื่อ.....

( ) บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

( ) เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

( ) เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ( ) ทางราชการ ( ) เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

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

3.ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ

การรักษาพยาบาล ( ) ตามสิทธิ ( ) เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

( ) มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

( ) เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ ( ) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า

( ) เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

( ) เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

( ) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือ

ราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

<p><b>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</b></p> <p>เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียนเมืองกาฬสินธุ์        ข้าพเจ้า .....</p> <p>ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการโรงเรียนเมืองกาฬสินธุ์        ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว        ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....        (.....)</p>	<p><b>5. คำอนุมัติ</b></p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....        (.....)        ตำแหน่ง.....</p>
--	---

**6. ใบรับเงิน**

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
 (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)