

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....	ตำแหน่ง.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	โรงเรียน.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาของ								
	ตนเอง คู่สมรส ชื่อ..... บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ..... บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เลขประจำตัวประชาชน..... เลขประจำตัวประชาชน..... เลขประจำตัวประชาชน.....								
	เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ								
	ป่วยเป็นโรค.....								
	และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....								
	ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวัน								
	ที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท								
	(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ								
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล								
	ตามสิทธิ	เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น							
		เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย							
	เป็นเงิน.....บาท (.....)และ								
	(1) ข้าพเจ้า	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว							
	(2) .....ข้าพเจ้า	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า สิทธิตามพระราชกฤษฎีกา มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น							

4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ใบติดใบเสร็จ

ใบสำคัญที่.....

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินค่า.....รักษาพยาบาล.....ตามใบเสร็จรับเงินข้างต้นจริง
จำนวน.....บาท (.....)

.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ตรวจสอบถูกต้อง

ตรวจสอบถูกต้อง

เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียน

เจ้าหน้าที่การเงิน สพม.บุรีรัมย์