

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง□ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

หมายเลขบัญชีที่ต้องการโอนเงินเข้า.....

ธนาคาร.....เบอร์โทรติดต่อ.....

1. ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัว

ประชาชน.....

บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัว

ประชาชน.....

มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัว

ประชาชน.....

บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัว

ประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตร

ลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้

ความสามารถ

ป่วยเป็น

โรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถาน
พยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....

.....เป็นเงินรวม

ทั้งสิ้น.....บาท

(.....)

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเอง
และบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุก
ประการ

สวัสดีการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

จำนวน.....บาท

(.....)

) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ติดใบเสร็จรับเงิน

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท
(.....)

ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้าง
ต้นเป็นจำนวนเงิน

.....บาท (.....) ถ้ามีการผิดพลาด
ประการใด ที่จะต้องคืนเงิน

เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่
กำหนดไว้

เบิก

ลงชื่อ.....ผู้

(.....)

ตำแหน่ง.....