

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|                                                                                                     |                                                                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1.                                                                                                  | ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____                                      |                          |
|                                                                                                     | สังกัด _____                                                      |                          |
|                                                                                                     |                                                                   |                          |
| 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ                                                                      |                                                                   |                          |
| ตนเอง                                                                                               |                                                                   |                          |
| คู่สมรส                                                                                             | ชื่อ _____                                                        | เลขประจำตัวประชาชน _____ |
| บิดา                                                                                                | ชื่อ _____                                                        | เลขประจำตัวประชาชน _____ |
| มารดา                                                                                               | ชื่อ _____                                                        | เลขประจำตัวประชาชน _____ |
| บุตร                                                                                                | ชื่อ _____                                                        | เลขประจำตัวประชาชน _____ |
|                                                                                                     | เกิดเมื่อ _____                                                   | เป็นบุตรลำดับที่ _____   |
|                                                                                                     | ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ |                          |
| ป่วยเป็นโรค _____                                                                                   |                                                                   |                          |
| และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) _____                                           |                                                                   |                          |
| ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ เป็นเงินรวม               |                                                                   |                          |
| ทั้งสิ้น _____ บาท ( _____ )                                                                        |                                                                   |                          |
| ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน _____ ฉบับ                                                            |                                                                   |                          |
|                                                                                                     |                                                                   |                          |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล     |                                                                   |                          |
| ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น                                        |                                                                   |                          |
| เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย                                                                |                                                                   |                          |
| เป็นเงิน _____ บาท ( _____ ) และ                                                                    |                                                                   |                          |
| • ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                            |                                                                   |                          |
| มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ                              |                                                                   |                          |
| มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย                                                        |                                                                   |                          |
| เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว                                        |                                                                   |                          |
| • .....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                       |                                                                   |                          |
| มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ |                                                                   |                          |
| มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย                                                        |                                                                   |                          |
| มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น                         |                                                                   |                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>4. เลขอ _____</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นนี้</p> <p>(ลงชื่อ) _____ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p> <p>( _____ )</p> <p>วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____</p>                                  |  |
| <p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ) _____</p> <p>( _____ )</p> <p>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียนปิยะมหาราชาลัย</p>                                                                                                                                                                                |  |
| <p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน _____ บาท</p> <p>( _____ ) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ) _____ ผู้รับเงิน</p> <p>( _____ )</p> <p>(ลงชื่อ) _____ ผู้จ่ายเงิน</p> <p>( _____ )</p> <p>วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____</p> <p>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> |  |



ประเภท ค่ารักษาพยาบาล

ใบสำคัญที่.....

ค่าการศึกษาบุตร

ฎีกาที่.....

ค่าเช่าบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้จ่ายเงินเป็นค่า\_\_\_\_\_จริง เป็นเงิน\_\_\_\_\_บาท

ข้าพเจ้าขอรับเงินค่า\_\_\_\_\_ตามสิทธิที่ได้รับคือ ☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็ม  
จำนวน

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น\_\_\_\_\_บาท ( \_\_\_\_\_ ) ซึ่งได้จ่ายไปก่อน  
แล้ว

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้จ่ายเงิน  
(.....)