

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ตนเอง

☐ คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน _ _ _ _

_ _ _ _ _

☐ บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน _ _ _ _

_ _ _ _ _

☐ มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน _ _ _ _

_ _ _ _ _

☐ บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน _ _ _ _

_ _ _ _ _

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (คำชี้แจง 1)

ป่วยเป็น

โรค.....

.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถาน

พยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท

(.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ (คำชี้แจง 2)

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (คำชี้แจง 3)

☐ ตามสิทธิ

☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท

(.....)และ

(1) ข้าพเจ้า

☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิ

จากทางราชการ

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า (**คำชี้แจง 4**)
งานอื่น

☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วย

พยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า

สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้

อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลใน

ครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก

ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

สวัสดีการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

จำนวน.....บาท

(.....)

ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

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

คำชี้แจง

1. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

2. ใส่จำนวนเงินทั้งหมดตามใบเสร็จรับเงิน

3. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

4. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี