

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ตนเอง คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับ..... ที่..... ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ข ป่วยเป็นโรค..... และไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	

4. เสนอ ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเอง และบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน
สวัสดีการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.

ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

จำนวน.....บาท

โอนเงินเข้าบัญชี.....) ไว้ถูกต้องแล้ว
ชื่อ.....
ธนาคาร.....ผู้รับเงิน
สาขา.....
(.....)

เลขที่.....
บัญชี.....
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ
ได้.....
(.....)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ