

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ข้าพเจ้า..... คู่สมรส ชื่อ บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....เป็น บุตรลำดับที่(บิดา).....

บุตรลำดับที่(บิดา).....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็น บุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ เป็นบุตรอยู่ในความคุ้มครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว เป็นบุตรอยู่ในความคุ้มครองอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด

เป็นเงิน.....บาท (.....)

และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2) คู่สมรส ของ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำข้าพเจ้า เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

 เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ(3)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจาก

การเข้ารับการรักษาพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....

ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

จากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร

ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

5.ของข้าพเจ้า

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร รวมทั้ง ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)