

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ช้าพเจ้า..... สังกัด.....	ตัวแทน.....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
	<input type="checkbox"/> ตนเอง	
	<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน.....
	<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน.....
	<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน.....
	<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน.....
	เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่	
	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรใช้ความสามารถ หรือเสมือนใช้ความสามารถ ก	
ป่วยเป็นโรค		
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)		
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่		
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท		
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ		
3.	ช้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติฯ ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
	<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เอกพาร์ส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น	
	<input type="checkbox"/> เอกพาร์ส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย	
เป็นเงิน บาท (.....) และ		
(1) ช้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น		
<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแล้วเลือกใช้สิทธิจากทางราชการ		
<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย		
<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่พิจัยฝ่ายเดียว		
(2) ช้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น		
<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ		
<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย		
<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของบุตรอีกคน		

4. เสนอ

๔

ร้าพเจ้าขอรับรองว่า ร้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดให้ในกฎหมาย และข้อความร้างด้านเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ให้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่ส่งพิพากษาให้เป็นบุคคลให้ความสามารถหรือสมมุติให้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าไหร่กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าไหร่เมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามสัญญาประกันภัย

ข ให้เตรียมคำจา คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ข ให้ระบุชื่อตัวผู้มีอำนาจอนุมัติ