

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด โรงเรียน.....</p>
<p>2. ขอบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p>เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ป่วยเป็นโรค.....</p> <p>และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....</p> <p>เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)</p> <p>ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ</p>
<p>3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....บาท (.....) และ</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>

4. เสนอ ผู้อำนวยการ โรงเรียน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่
ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ใ้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทศรองจ่ายไปก่อนแล้ว
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาบุตร ค่าเช่าบ้าน ค่ารักษาพยาบาล
เป็นจำนวนเงินบาท (.....)
ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน.....บาท (.....)
ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
ตำแหน่ง.....