

# ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....นางสาวชนันต์ นิ่มนวน.....ตำแหน่ง.....วิทยากรย์ 7.....สังกัด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า..... ☐ คู่สมรส ชื่อ.....  
☐ บิดา ชื่อ.....นายทวี นิ่มนวน..... ☐ มารดา ชื่อ.....นางจิตต์ นิ่มนวน.....  
☐ บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐

☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....ความดันโลหิตสูง และโรคกระดูก.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....โรงพยาบาลบางมด.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน

ตั้งแต่วันที่.....20 , 28 มกราคม 2550.....ถึงวันที่.....20 , 28 มกราคม 2550.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....9,500.-บาท..... (.....เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....2.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ ☐

เป็นเงิน.....9,500.-บาท..... (.....เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน.....)

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า

☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3).....บิดามารดา.....ข้าพเจ้า

☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ชนันต์ นิ่มนวน.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
วันที่.....2.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2550.....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/></p> <p>เสนอ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ข้าพเจ้า.....นางจงดี้ ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม.....</p> <p>ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการ.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นางจงดี้ ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;"><b>อนุมัติให้เบิกได้</b></p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นางจงดี้ ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม)</p> <p>ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการ.....</p> <p>วันที่...3 ....เดือน...กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2550.....</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....9,500.-บาท.....</p> <p>(.....เจ้าพนักงานจ่ายยา.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ชรัตน์ นินนวน.....ผู้รับเงิน</p> <p>(.....นางสาวชรัตน์ นินนวน.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน</p> <p>(.....นางสาวอภิญญา ตริทศายุธ.....)</p> <p>วันที่.....10.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2550.....</p>	

**คำชี้แจง**

- ☐ ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี
- ☐ กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ☐ ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ☐ ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



