

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

โปรดทำเครื่องหมาย/ ลงในช่อง

พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

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

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า..... คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรได้ความสามารถหรือเสมือนได้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

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

เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

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

(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แบบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด

เป็นเงิน.....บาท(.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีไร้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

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

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของราชการ

หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีไร้ส่วนราชการ

(3) ข้าพเจ้า มีสิทธิ แต่สิทธิได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....ตามระยะเวลา.....วัน และได้รับเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา)

(5) ของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้รับเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....
(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท(.....)

ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

