(แบบ บก.ชล 3)

\*\*จัดพิมพ์เอกสารหน้า-หลัง\*\*

ลบกล่องข้อความนี้ก่อนพิมพ์

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [ ] พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| [ก]  1. ข้าพเจ้า..........................................................ตำแหน่ง............................................ สังกัด มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  [ ] ข้าพเจ้า................................................................... [ ] คู่สมรส ชื่อ.................................................................  [ ] บิดา ชื่อ................................................................... [ ] มารดา ชื่อ.................................................................  [ ] บุตร ชื่อ................................................เกิดเมื่อ........................เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)....................................  เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)................................  [ ] ยังไม่บรรลุนิติภาวะ [ ] เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ [ข]  [ ] เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีถึงแก่กรรม  [ ] เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย  (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..............ชื่อ...............................................................  เกิดเมื่อ.....................................................................ถึงแก่กรรมเมื่อ.......................................................................  ป่วยเป็นโรค............................................................................................................................................................  และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)................................................................................................  ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ [ ] ทางราชการ [ ] เอกชน ตั้งแต่วันที่.............................................................................  ถึงวันที่...................................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..........................................................................................บาท  (..............................................................................................) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน...............................ฉบับ |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  [ ] เต็มจำนวน [ ] ไม่เต็มจำนวน [ ] เฉพาะส่วนที่ขาด [ค]  เป็นเงิน.........................................บาท (..................................................................................................................................................)  และขอรับรองว่า  (1) ข้าพเจ้า [ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ  หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ  [ ] มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า  (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า [ ] ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ  [ ] เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง...............................................................  สังกัด.........................................................................................................................  [ ] เป็นพนักงานในหน่วยงานราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น  ตำแหน่ง........................................... สังกัด.................................................................  [ง] [ ] เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ  (3) ……………….ข้าพเจ้า [ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ  หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ  [ ] มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า  (4) ข้าพเจ้า [ ] ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งระยะเวลา  ห่างจาก การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  เมื่อวันที่.....................ถึงวันที่.....................รวมระยะเวลา…….วัน และได้  ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้วจำนวน............บาท [จ]  (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์  ในการบำบัดรักษาโรค) |

|  |  |
| --- | --- |
| [ง]  (5) ……………….ข้าพเจ้า [ ] ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา  จากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน15 วัน  เมื่อวันที่...........................ถึงวันที่..........................รวมระยะเวลา..........วัน และได้  ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้วจำนวน........................บาท [จ]  (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์  ในการบำบัดรักษาโรค)  (ลงชื่อ)......................................................ผู้ขอเบิกเงินสวัสดิการ  วันที่...........เดือน...............................พ.ศ.............. | |
| 4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา [ฉ]  เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  ข้าพเจ้า นางสาวอภิญญา แจ่มใส  ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารคลังและทรัพย์สิน  ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตาม  จำนวนที่ขอเบิก  ลงชื่อ...............................................................  (นางสาวอภิญญา แจ่มใส) | 5. คำอนุมัติ  อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  ลงชื่อ.............................................................  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิเชียร เข็มเงิน)  ตำแหน่ง รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  วันที่..............เดือน.........................พ.ศ........... |
| 6. ใบรับเงิน  ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน............................................................................บาท  (..............................................................................................................) ไปถูกต้องแล้ว  ลงชื่อ.........................................................ผู้รับเงิน  (........................................................)    ลงชื่อ.........................................................ผู้จ่ายเงิน  (........................................................)  วันที่..............เดือน.........................พ.ศ........... | |

**คำชี้แจง**

[ก] ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองทุนหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่าข้าราชการบำนาญ ทหารกองหนุน

มีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี

[ข] กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้

ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

[ค] ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิได้รับตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

[ง] ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

[จ] ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

[ฉ] ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ