(แบบ บก.ชล 3)

\*\*จัดพิมพ์เอกสารหน้า-หลัง\*\*

ลบกล่องข้อความนี้ก่อนพิมพ์

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [ ] พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| [ก]1. ข้าพเจ้า..........................................................ตำแหน่ง............................................ สังกัด มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี2. 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. คำอนุมัติอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ลงชื่อ.............................................................(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิเชียร เข็มเงิน)ตำแหน่ง รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีวันที่..............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