

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 โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(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 หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

[] มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า [] ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

[] เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

[] เป็นพนักงานในหน่วยงานราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

[] เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3)ข้าพเจ้า [] ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

[] มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า [] ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งระยะเวลา

ห่างจาก การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้

ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้วจำนวน.....บาท [จ]

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค)

<p>[ง]</p> <p>(5)ข้าพเจ้า [] ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้วจำนวน.....บาท [จ] (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอเบิกเงินสวัสดิการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	
<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา [ฉ]</p> <p>เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ข้าพเจ้า นางสาวอภิญา แจ่มใส ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารคลังและทรัพย์สิน ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>ลงชื่อ..... (นางสาวอภิญา แจ่มใส)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิเชียร เข้มเงิน) ตำแหน่ง รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	

คำชี้แจง

- [ก] ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนหนุมมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่าข้าราชการบำนาญ ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- [ข] กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- [ค] ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิได้รับตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- [ง] ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- [จ] ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- [ฉ] ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ