

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

(ก)

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ข้าพเจ้า.....  คู่สมรส ชื่อ..... บิดา ชื่อ.....  มารดา ชื่อ..... บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข) เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว เป็นบุตรอยู่ในความเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(เกิดเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....

เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับตรวจการรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จที่รับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน

เป็นเงิน.....บาท (.....)

และขอรับรองว่า

(1)ข้าพเจ้า

 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ มีสิทธิ แต่ได้รับต่ำกว่า เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล สำหรับบุตรแต่เพียงผู้เดียว

(2)คู่สมรสของข้าพเจ้า

 ไม่เป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด..... เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3).....ข้าพเจ้า (ง)

 ไม่มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

<p>4.คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (จ)</p> <p>เสนอ ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาภูเก็ต ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาภูเก็ต ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้ แล้วรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>( )</p> <p>ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาภูเก็ต</p>	<p>5.คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>( )</p> <p>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาภูเก็ต</p>
---	--

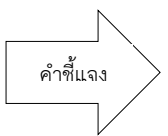
6.ไปรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....



- (ก) ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี
- (ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- (ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการพยาบาล
- (ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (จ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ