

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2.	<p>ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p>เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)</p> <p>ป่วยเป็นโรค.....</p> <p>และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....</p> <p>ถึงวันที่..... เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท</p> <p>(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ</p>
3.	<p>ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....บาท (.....(ข)) และ</p> <p>1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>2)(ค)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>

4. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี....(ง)...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวน
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

6. ไปรับเงิน

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- (ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่ส่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ