

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
- ข้าพเจ้า  คู่สมรส ชื่อ.....
- บิดา ชื่อ.....  มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....  
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....  
ป่วยเป็นโรค.....  
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....  
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)  
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน  เฉพาะส่วนที่ขาด
- เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า
- ( 1 ) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- ( 2 ) คู่สมรสของข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- ( 3 ) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- ( 4 ) ข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
- เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน  
(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

( 5 ) .....ของข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน  
 (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

#### 4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยฯ ลำปาง  
 ข้าพเจ้า นางโสภภาพรรณ พุทธิพิทักษ์สกุล  
 ตำแหน่ง หัวหน้างานบุคลากรและสวัสดิการ  
 ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....  
 (.....)

#### 5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายได้

(ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

#### 6. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)  
 (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 ( ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น )

#### คำชี้แจง

- ก. ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- ข. กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ. ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน
- ฉ. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ