

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

(ก)

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด สถาบันวิจัยและฝึกอบรมการเกษตรลำปาง

 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 - ข้าพเจ้า
 - บิดา ชื่อ มารดา ชื่อ
 - คู่สมรส ชื่อ
 - บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)
 - ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)
 - ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)
 - เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการอย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
 - เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีใต่อย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
 - เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ
- ป่วยเป็นโรค
- และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)
- ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่
- ถึงวันที่ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท
- (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 - ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ (ค)
- เป็นเงิน บาท (.....) และ
- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 - มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
 - เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
 - (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
 - เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด
 - เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง สังกัด
 - (ง) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
 - (3) บิดา, มารดา, บุตร, ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล จากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการ ส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่ เดือน พ.ศ.

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (จ)</p> <p>เสนอ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและฝึกอบรมการเกษตรลำปาง ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตาม จำนวนที่ขอเบิก</p> <p>ลงชื่อ (.....) ตำแหน่ง.....</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>ลงชื่อ (.....) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและฝึกอบรมการเกษตรลำปาง</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ ผู้รับเงิน (.....)</p> <p>ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง..... วันที่ เดือน พ.ศ.</p>	

คำชี้แจง

- (ก) ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- (ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- (ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และชังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- (ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (จ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ