

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า..... คู่สมรส ชื่อ.....

บิดาชื่อ..... มารดา ชื่อ.....

บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....(ของบิดา)

เป็นบุตรลำดับที่.....(ของมารดา)

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีสืบถึงแก่กรรม

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยการหย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบจำนวน.....ฉบับ

3.ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการส่วนท้องถิ่น

เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด

เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ

เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

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

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) ข้าพเจ้า ง ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับ การรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ออกใบเบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่า ซ่อมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ก
เสนอ.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำเหย.....
ข้าพเจ้า.....นายเทพกาญจน์ เกียรติศิริ.....
ตำแหน่ง.....ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำเหย.....
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตาม จำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ).....
(.....นายเทพกาญจน์ เกียรติศิริ.....)

5. คำอนุมัติ
อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ).....
(.....นายจำปี เหล่าปาลี.....)
ตำแหน่ง.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำเหย..
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว
(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....นางสุมาลี ผ่องอำไพ.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก
- ข
- ค
- ง
- จ
- ฉ

ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ ความสามารถ ให้แนบ สำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ