

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 ตั้งกัก.....โรงพยาบาลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ.....

- ☐ ตนเอง
- ☐ คู่สมรส ชื่อ..... เลขที่บัตรประชาชน.....
- ☐ บิดา ชื่อ..... เลขที่บัตรประชาชน.....
- ☐ มารดา ชื่อ..... เลขที่บัตรประชาชน.....
- ☐ บุตร ชื่อ..... เลขที่บัตรประชาชน.....
 เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)

☐ ป่วยเป็นโรค

และได้รับการเข้าตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ รัฐบาล ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

..... รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินจำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่ที่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)(ข)....

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

- (2)(ก) ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่ามีสิทธิ
 ตามพระราชกฤษฎีกา ฯ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น ฯ

4. เสนอ (ง).....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่เบิกซึ่งระบุไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(นายอรรถพล ภูอาษา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมพระ

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

วันที่

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(นางนิตยา พลบูรณ์ศรี)
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำชี้แจง

- (ก) ให้แนบคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษา ให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) ให้ชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ