

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 14

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ  ก

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

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

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  ข

- เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน..... บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2).....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิ

ตามพระราชกฤษฎีกา

 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 14

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ) .....

( นายมนตรี พรผล )

ผู้อำนวยการโรงเรียนเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ ภูเก็ต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน ..... บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

# ปิดใบสำคัญ

จำนวนเงินตามใบสำคัญ.....ฉบับ เป็นจำนวนเงิน.....บาท  
(.....)ได้จ่ายไปถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ