

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....คณะแพทยศาสตร์ มช.

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

( ) ตนเอง

( ) คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน .....

( ) บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

( ) มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน .....

( ) บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่

( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ( ) ทางราชการ ( ) เอกชน ตั้งแต่วันที่ .....ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

( ) ตามสิทธิ

( ) เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

( ) เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

(ข)

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า

( ) ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

( ) มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

( ) มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

(ค)

( ) เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) .....ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

( ) มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

( ) มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

( ) มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ คณบดี (ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก  
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรินทยา พรหมนิชกุล)  
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวอรปริยา เชื้อหล้า)  
วันที่ .....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- (ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา  
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตรแล้วแต่กรณี
- (ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

