

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า..... ☐ คู่สมรสชื่อ.....
☐ บิดาชื่อ..... ☐ มารดาชื่อ.....
☐ บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (บิดา).....
 เป็นบุตรลำดับที่ (มารดา).....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ☒ ข

☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว

☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ชื่อ.....

เกิดเมื่อถึงแก่กรรมเมื่อ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล จาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

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

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ของพนักงานส่วนท้องถิ่น

☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด ☒ ค
 เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
หรือจากหน่วยงานอื่น ที่มีใช้ส่วนราชการ

☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

☐ เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่งสังกัด.....

☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่งสังกัด.....

ง

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่น
ที่มีใช้ส่วนราชการ

☐ มีสิทธิแต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล
ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

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

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

จ

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) ของข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้าการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวนบาท ☐ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) (ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ☐ เสนอ นายกองคํการบริหารส่วนตำบลหนองโพธิ์ ข้าพเจ้า ส.ต.อ.วิชัย พันธุ์เชื้อ ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้เบิกตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก ส.ต.อ. (วิชัย พันธุ์เชื้อ)	5. คำขออนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ ลงชื่อ..... (นายสงกรานต์ จันทร์พล) ตำแหน่ง นายกองคํการบริหารส่วนตำบลหนองโพธิ์ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ. (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ☐ ก ถ้าเป็นผู้รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
- ☐ ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ☐ ค ให้มีคำชี้แจงไว้ด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- ☐ ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ จ ให้เฉพาะกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- ☐ ฉ ให้เสนอต่อผู้ที่มีอำนาจอนุมัติ