

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิ</p>
<p>๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p>เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ป่วยเป็นโรค.....</p> <p>และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....</p> <p>เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)</p> <p>ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ</p>
<p>๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....บาท (.....) และ</p> <p>(๑)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(๒).....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>

๔. เสนอนายกองค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(นางชลิฎา จันคุ้ม)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....)ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ใบสำคัญที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้นำเงินส่วนตัวสำรองจ่ายไปก่อนแล้ว นับแต่วันที่ได้รับใบสำคัญนี้เป็นเงิน.....บาท
และมีสิทธิเบิกได้ จำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก
(.....)