

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

| | |
|----|---|
| 1. | ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง..... สังกัด..... |
| 2. | <p>ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน</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.....</p> <p>ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท</p> <p>(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ</p> |
| 3. | <p>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>(1) 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>(2)ของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p> แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p> |

4. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อ ได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

การใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำนั้น ผู้มีสิทธิต้องแนบเอกสารอ้างอิงความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้งที่ในการเบิกเงิน ดังต่อไปนี้

1. ใช้สิทธิเบิกให้บุตร (บุตรชอบด้วยกฎหมาย) ของผู้มีสิทธิ มี 2 กรณี

1.1 กรณีมารดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก

| เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย | เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก |
|---------------------------------------|---|
| 1. สายเลือด | สูติบัตรของบุตร หรือ ทะเบียนบ้านของบุตร |

1.2 กรณีบิดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก

- 1) เด็กที่เกิดในระหว่างการสมรสของบิดา มารดา ถือว่าเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของบิดา
- 2) เด็กซึ่งเกิดนอกสมรส เด็กซึ่งเกิดก่อนการจดทะเบียนสมรสหรือบิดา มารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกันจะเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายได้เมื่อ
 - บิดา มารดาของเด็กได้ทำการจดทะเบียนสมรสกันในภายหลัง
 - บิดา ได้จดทะเบียนรับรองว่าเป็นบุตรของตน มีผลนับแต่วันจดทะเบียนเด็กเป็นบุตร
 - มีคำพิพากษาของศาลว่า เป็นบุตรของตน มีผลนับแต่วันที่มีคำพิพากษาถึงที่สุด
 (ทั้งนี้ ผลของความเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายจะย้อนหลังไปจนถึงวันที่บุตรเกิด)

| เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย | เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก |
|---------------------------------------|---|
| 1. จดทะเบียนสมรสกับมารดาของบุตร | ทะเบียนสมรส หรือ ทะเบียนหย่า |
| 2. จดทะเบียนรับรองบุตร | ทะเบียนรับรองบุตร (แบบ คร.11) |
| 3. คำพิพากษาของศาล | คำสั่งศาลหรือคำพิพากษาของศาลว่าผู้มีสิทธิเป็นบิดาชอบด้วยกฎหมายของบุตร |

2. ใช้สิทธิเบิกให้บิดา

| เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย | เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก |
|---|--|
| 1. จดทะเบียนสมรสกับมารดาของผู้มีสิทธิ | ทะเบียนสมรส หรือ ทะเบียนหย่า (กรณีหย่ากันตามกฎหมาย) |
| 2. จดทะเบียนรับรองบุตร | ทะเบียนรับรองบุตร (แบบ คร.11) |
| 3. คำพิพากษาของศาล | คำสั่งศาลหรือคำพิพากษาของศาลว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของบิดา |
| 4. อยู่กินกับมารดาของผู้มีสิทธิก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478 | หนังสือรับรองของผู้ควรเชื่อถือได้ที่รับรองว่าบิดามารดาของผู้มีสิทธิอยู่กินกันฉันสามีภรรยา ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478 |

3. ใช้สิทธิเบิกให้มารดา

| เป็นมารดาชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย | เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก |
|--|---|
| 1. สายเลือด | สูติบัตรของผู้มีสิทธิ หรือ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ |

4. ใช้สิทธิเบิกให้คู่สมรส

| เป็นคู่สมรสชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย | เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก |
|--|----------------------------------|
| 1. จดทะเบียนสมรส | ทะเบียนสมรส |

*** ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิที่จะเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ต้องแนบเอกสารที่ใช้ประกอบการเบิกข้างต้นพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้งที่ ***