

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____
สังกัด _____

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

บิดา ชื่อ _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

มารดา ชื่อ _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

บุตร ชื่อ _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

เกิดเมื่อ _____ เป็นบุตรลำดับที่ _____

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค _____

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) _____

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ _____

ถึงวันที่ _____ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น _____ บาท

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน _____ ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับเงินจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน _____ บาท และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)..... ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เรียน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....

วันที่

เดือน

พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....

ตำแหน่ง

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน

บาท

(.....

ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)

ผู้รับเงิน

(.....

(ลงชื่อ)

ผู้จ่ายเงิน

(.....

วันที่

เดือน

พ.ศ.

(ลงชื่อที่ต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

โอนเข้าบัญชีธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)

บัญชีเลขที่

-

-

-

