

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....	ตำแหน่ง.....
	สังกัด โรงเรียน.....	*เบอร์โทรศัพท์.....
<p>2. ขอเบิกเงินค่าวัสดุการรักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ 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>		
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่าวัสดุการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
	<p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เนพาลส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เนพาลส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน..... บาท (.....) และ</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่าวัสดุการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2) ..... ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่าวัสดุการรักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>	

4. เส้นอ .....  
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้คูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## ใบติดใบเสร็จ

จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ มีลักษณะเป็นไปได้ตามพระราชบัญญัคการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523  
แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่) พ.ศ. 2528 และอายุใบเสร็จไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ชำระเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ (เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียน)

(.....)