

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....		..... สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ		โทรศัพท์.....	
<input type="checkbox"/> ตนเอง			
<input type="checkbox"/> คู่สมรสชื่อ.....		เลขประจำตัวประชาชน.....	
<input type="checkbox"/> บิดาชื่อ.....		เลขประจำตัวประชาชน.....	
<input type="checkbox"/> มารดาชื่อ.....		เลขประจำตัวประชาชน.....	
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....		เลขประจำตัวประชาชน.....	
เกิดเมื่อ.....		เป็นบุตรลำดับที่.....	<input type="text" value="0"/>
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ		<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ	
ป่วยเป็นโรค.....			
และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....			
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....			
ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บ.ท.			
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่เลขจำนวน..... ฉบับ			
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ		<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น	
		<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย	
เป็นเงิน..... บาท (.....) และ			
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น		
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ		
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย		
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว		
(2).....ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น		
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา		
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย		
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น		

ง

4. เลขอ..... เลขอาธิการ กพฐ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวรวมจำนวนที่  
ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ) .....

( นายไกรพันธ์ ประจันบาน)

ตำแหน่ง รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ  
ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารเงินนอกระบบประมาณและสวัสดิการ  
ปฏิบัติราชการแทนเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) วัตถุประสงค์แล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา  
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ