

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า..... ☐ คู่สมรสชื่อ.....
☐ บิดาชื่อ..... ☐ มารดาชื่อ.....
☐ บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (บิดา).....
 เป็นบุตรลำดับที่ (มารดา).....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ข
☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ชื่อ.....
 เกิดเมื่อถึงแก่กรรมเมื่อ
 ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล จาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล.....
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
 ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
 (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 ของพนักงานส่วนท้องถิ่น

☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด ☐ ค
 เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
 หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
 (2) คู่สมรสของ ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
 ข้าพเจ้า ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่งสังกัด.....
☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น
 ตำแหน่งสังกัด.....

ง

(3).....ข้าพเจ้า ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือ
 หน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

(4) ข้าพเจ้า ☐ มีสิทธิแต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล
 ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

☐ จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5)....ของข้าพเจ้า ง ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้าการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวนบาท จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) (ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ฉ เสนอ นายกเทศมนตรีนครแม่สอด ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้เบิกตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ)..... (.....)	5. คำขออนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....นายกเทศมนตรีนครแม่สอด..... วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ. (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ก

ถ้าเป็นผู้รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
- ข

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค

ให้มีคำชี้แจงไว้ด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- ง

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ

ให้เฉพาะกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- ฉ

ให้เสนอต่อผู้ที่มีอำนาจอนุมัติ

ใบสำคัญคู่จ่าย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าได้ทอดรองจ่ายเงินตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ เป็นเงิน.....บาท

(.....) จริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....