

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....	สังกัด.....สำนักงานทรัพยากรน้ำที่ 7.....
๒.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
	☐ ตนเอง	
	☐ คู่สมรส ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
	☐ บิดา ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
	☐ มารดา ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
	☐ บุตร ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
	เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....	
	☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก
	ป่วยเป็นโรค.....	
	และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....	
	ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....	
	เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท	
	(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
๓.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
	☐ ตามสิทธิ	☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
		☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย ข
	เป็นเงิน บาท (.....) และ	
(๑)	ข้าพเจ้า	☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	ก	☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
(๒)	ข้าพเจ้า	☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

๔. เสนอ อธิบดีกรมทรัพยากรน้ำ.....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

๕. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ☐ ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ☐ ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

แบบติดใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินค่า.....จำนวน.....บาท

ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....ทั้งนี้ได้ทตรงจ่ายเงินล่วงหน้าเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....