

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

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า

บิดา ชื่อ..... คู่สมรส ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ .....

ถึงวันที่.....รวมเป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการท้องถิ่น หรือจาก  
หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

มีสิทธิแต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงอย่างเดียว

(2) คู่สมรส  ไม่เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ

เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างประจำในรัฐวิสาหกิจ

(3)  ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น  
หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช่ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ.....</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: right;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>
--	--

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

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

คำชี้แจง

ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่บุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจขออนุมัติ

ใบสำคัญที่.....

ใบติดใบเสร็จรับเงิน

1. ติดใบเสร็จรับเงินใบสีเขียวหลายฉบับติดรวมกัน โดยแยกเป็นรายการของตนเอง คู่สมรส บุตร บิดา มารดา
2. ถ้าเป็นสลิปให้ติดเป็นรายการเดียวกับ ข้อ 1

จำนวนใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ มีสิทธิเบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2523 และอายุไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ชำระเงินมา

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเรื่อง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**ใบเบิกสวัสดิการเงินด่วนค่ารักษาพยาบาล**  
**สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาแม่ฮ่องสอน เขต 2**

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สพท./โรงเรียน.....สมาชิกเลขที่.....
2. ขอเบิกเงินสวัสดิการเงินด่วนค่ารักษาพยาบาล  
( ) ข้าพเจ้า  
( ) คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ..... อาชีพ .....
- ( ) บิดาชื่อ.....( ) มารดาชื่อ.....  
( ) บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....  
ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....  
ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
- ป่วยเป็นโรค .....
3. ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเป็นสถานพยาบาลของ  
( ) ทางราชการ ( ) เอกชน ชื่อสถานพยาบาล.....
4. ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการได้จริง จำนวนเงิน.....บาท  
(.....) พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้นำหลักฐานใบเสร็จรับเงินของ  
โรงพยาบาล.....  
เล่มที่.....เลขที่.....  
มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ และได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายไว้แล้ว และขอรับรองว่า ข้าพเจ้าจะ  
นำหลักฐานใบเสร็จรับเงินดังกล่าว ไปดำเนินการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลต่อเจ้าหน้าที่การเงิน โรงเรียน/  
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาแม่ฮ่องสอน เขต 2
5. ข้าพเจ้าขอมอบให้เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาแม่ฮ่องสอน เขต 2 นำเงินที่เบิกค่า  
รักษาพยาบาลจากทางราชการดังกล่าว ส่งคืนสวัสดิการเงินด่วนค่ารักษาพยาบาล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา  
แม่ฮ่องสอน เขต 2 ต่อไป

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
วันที่...../...../.....

6. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา/เจ้าหน้าที่  
เสนอ ประธานกรรมการสวัสดิการเงินด่วนค่ารักษาพยาบาล  
ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินด่วนค่ารักษาพยาบาล ฉบับนี้  
แล้ว ขอรับรองว่าผู้มีสิทธิเบิกเงินได้ตามระเบียบ
7. คำอนุมัติ  
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
(.....) (.....)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการเงินด่วนค่ารักษาพยาบาล