

### ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....  
 สังกัด.....  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

บิดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

มารดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

บุตร ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ .....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตร ไร้ความสามารถ หรือเสมือน ไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(..... )

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....)  และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) .....  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

ของข้าพเจ้า  มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ .....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ รักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

## ➤ หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

- กรณีเบิกสำหรับตนเอง
  1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/บำนาญ)
  2. ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- กรณีเบิกให้บิดา
  1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
  2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
  3. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
  4. ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- กรณีเบิกให้มารดา
  1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
  2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
  3. ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- กรณีเบิกให้คู่สมรส
  1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
  2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
  3. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
  4. ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- กรณีบิดาเบิกให้บุตร
  1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
  2. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
  3. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
  4. ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- กรณีมารดาเบิกให้บุตร
  1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
  2. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
  3. กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดาไม่มีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่จะขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
  4. กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาบันทนาการการหย่าเพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของฝ่ายใด

\*\*\* ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ทกลงใบเสร็จรับเงิน)