

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (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)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

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

ฎีกา

ใบสำคัญ.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินเป็นการถูกต้อง

จำนวนเงินขอเบิกจริง.....บาท(.....)

ขอรับรองว่าได้ตรวจถูกต้องแล้ว

.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

เจ้าหน้าที่

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัดโรงเรียน.....โทรศัพท์.....</p>
<p>2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด</p>
<p>3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นมารดา</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสกันตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าตามกฎหมาย</p>
<p>4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาบุตร ดังนี้</p> <p>(1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน</p> <p>1. บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....</p> <p>เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....</p> <p>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....</p> <p>ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท</p> <p>(กรณี เป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....</p> <p>บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....</p> <p>2. บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....</p> <p>เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....</p> <p>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....</p> <p>ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท</p> <p>(กรณี เป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....</p> <p>บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....</p> <p>3. บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....</p> <p>เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....</p> <p>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....</p> <p>ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท</p> <p>(กรณี เป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....</p> <p>บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....</p>

5. ข้าพเจ้าขอรับสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน.....บาท

(.....) ก

6. เสนอผู้อำนวยการ..... ข

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้น เป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก
 ข

ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบติดใบเสร็จ

หมวด.....
ประเภท.....

ใบสำคัญที่.....
ภูมิภาคที่.....

จำนวนเงินตามใบสำคัญฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายให้แก่ผู้รับ รับไปถูกต้องแล้ว
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)