

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..นายเสน่ห์ เลี่ยมทอง.....ตำแหน่ง...เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน.....
สังกัด....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค....ปวดกล้ามเนื้อ และปวดฟัน

.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....รพ.สต.บ้านบ่อทราย.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....๒๖ พฤษภาคม

๒๕๖๑..... ถึงวันที่.....๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๑.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....

๕๐๐.....บาท

(ห้าร้อยบาทถ้วน.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....๒.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....๕๐๐.....บาท (.....ห้าร้อยบาทถ้วน.....) และ

(1) ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

4. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

สวัสดีการ (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นายเสน่ห์ เลียมทอง)

วันที่...๒๒ .เดือน.มิถุนายน..พ.ศ.๒๕๖๑

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน...๕๐๐.....บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นายเสน่ห์ เลียมทอง)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางอำพรรัตน์ แก้วคำ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ติดใบเสร็จรับเงิน

ค่ารักษาพยาบาล

ค่าสาธารณูปโภค

ค่าการศึกษาบุตร

ค่าอื่น ๆ.....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน...๒...ฉบับ รวมเป็นเงิน.....๕๐๐.....บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน.....)
ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน
.....๕๐๐.....บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงิน
เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นายเสน่ห์ เลี่ยมทอง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน