

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด วิทยาลัยเทคนิคนครโคราช สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

2. 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 ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัยเป็นเงิน บาท(.....) และ ข

(1) ข้าพเจ้า

 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ก เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ **ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคนครโคราช**.....



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(..... **นายสุดชาย บุตรแสนลี**)

ตำแหน่ง **ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคนครโคราช**...

6. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(..... **นางทัศนาว ศรีวิไล**)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

บัญชีธนาคาร กรุงเทพฯ อื่นๆ ระบุ.....

เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรติดต่อ

คำชี้แจง

- ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ