

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.....

บัญชีธนาคาร

เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

คำชี้แจง

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

ใบติดใบเสร็จรับเงิน

- 1.ใบเสร็จรับเงินหลายฉบับติดรวมกัน โดยแยกเป็นรายการของตนเอง คู่สมรส บุตร บิดา มารดา
- 2.ถ้าเป็นสลิปให้ติดเป็นรายการเดียวกับ ข้อ 1

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ มีสิทธิ์เบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
พ.ศ. 2553 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2523 และอายุไม่เกิน 1 ปี นับวันที่รับชำระเงินมา

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเรื่อง
(.....)

ตำแหน่ง.....