

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....	
สังกัด .....	
๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
<input type="checkbox"/> ตนเอง	
<input type="checkbox"/> คู่สมรส	ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
<input type="checkbox"/> บิดา	ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
<input type="checkbox"/> มารดา	ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
<input type="checkbox"/> บุตร	ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
	เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ .....
	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรที่มีความสามารถหรือเสมือนมีความสามารถ <sup>ก</sup>
ป่วยเป็นโรค .....	
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน    ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....	
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท	
( ..... ) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ	
๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน .....	บาท ( ..... ) <sup>ข</sup> และ
(๑) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(๒) <sup>ก</sup> ..... ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

๔. เสนอ อธิปไตยกรมส่งเสริมการเกษตร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน  
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน ..... บาท

( ..... ) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

( ..... )

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน

( ..... )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิ  
ตามพระราชกฤษฎีกาสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล  
ตามสัญญาประกันภัย
- ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ พนมสินธุ์ ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์ระดับ ส๑  
สังกัด สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี กรมส่งเสริมการเกษตร

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- บิดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- มารดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- บุตร ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ .....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ<sup>1</sup>

ป่วยเป็นโรค หัวใจ  
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ ๕ , ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๕ ถึงวันที่  
..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ๒,๑๖๘ บาท  
( สองพันหนึ่งร้อยหกสิบแปดบาทถ้วน ) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ๔ ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน ๒,๑๖๘ บาท ( สองพันหนึ่งร้อยหกสิบแปดบาทถ้วน )<sup>๒</sup> และ

- (๑) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (๒)<sup>1</sup> ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

๔. เสนอ อธิปไตยกรรมส่งเสริมการเกษตร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน  
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

( นายกฤษณ์ พนมสินธุ์ )

ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์ระดับ ส๑

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) .....

( .....

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน ..... ๒,๑๖๘ ..... บาท

( ..... สองพันหนึ่งร้อยหกสิบแปดบาทถ้วน ) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

( นายกฤษณ์ พนมสินธุ์ )

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน

( .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิ  
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล  
ตามสัญญาประกันภัย
- ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ