

# ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....เทศบาลตำบลม่วงฝาย.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

คู่สมรส ชื่อ.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

บิดา ชื่อ.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

มารดา ชื่อ.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

บุตร ชื่อ.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ  ข

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน  เฉพาะส่วนที่ขาด  ค

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ของข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา

ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์

ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) .....ของข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท  
 (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....นายกเทศมนตรีตำบลม่วงยาย.....  
 ข้าพเจ้า.....นายวิวรรธน์ ชัยบำรุง.....  
 ตำแหน่ง.....ปลัดเทศบาลตำบลม่วงยาย.....  
 ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว  
 ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....  
 (.....นายวิวรรธน์ ชัยบำรุง.....)  
 ตำแหน่ง.....ปลัดเทศบาลตำบลม่วงยาย.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
 (.....นายอภิสาร ทิพย์ตา.....)  
 ตำแหน่ง.....นายกเทศมนตรีตำบลม่วงยาย.....  
 วันที่.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
 (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 วันที่.....  
 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี

ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอาศัยอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

จ ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

ฉ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**ประกอบแบบ ร.บ. 3**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้สำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน .....บาท  
(.....) ไปแล้วตามใบสำคัญฉบับนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

ตรวจถูกต้องแล้ว  
(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่  
(.....)  
ตำแหน่ง.....