

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
 สังกัด

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง
 คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
 เป็นเงิน บาท (.....) และขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(๒) ของข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า

สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ค

๔. เรเรียน ผบ.อย.

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท

(..... ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

โอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)

(.....)

สาขา

เลขที่บัญชี

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยมีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตาม

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล

ตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศทย.อย.(โทร.๒ - ๘๘๔๔)

ที่ กท ๐๖๒๙.๓(๑)/ วันที่

เรื่อง ขอบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เรียน

ด้วยกระผม

ตำแหน่ง สังกัด อย.

ได้จ่ายเงินเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ จำนวน คน

เป็นเงิน บาท () ตามใบสำคัญที่แนบ

มาพร้อมนี้ รวม ฉบับ

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๓ กระผมมีสิทธิ

เบิกเงินได้เป็นจำนวน บาท ()

จึงเรียนมาเพื่อขอรับเงินดังกล่าวต่อไป และขอมอบให้ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)

เป็นผู้รับเงินแทน

(ลงชื่อ)

ตำแหน่ง

เรียน

เพื่อพิจารณาดำเนินการให้ต่อไป

.....

.....

.....

เรียน ผบ.อย.

เพื่อพิจารณาดำเนินการให้ต่อไป

น.อ.

รอง ผบ.ศทย.อย.ทำการแทน

ผบ.ศทย.อย.

...../...../.....