

## แบบขออนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาล

เรียน .....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....บรรจุ ก่อน ( ) หรือ ตั้งแต่ ( ) วันที่ 28 สิงหาคม 2524

ได้นำบุคคลในครอบครัวซึ่งได้อยู่ในอุปการะของข้าพเจ้า และไม่มีรายได้ใด ๆ คือ.....

อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า ซึ่งป่วยเป็น.....

ไปรับการรักษาพยาบาลที่.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....น. รวม.....วัน เสียค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตามใบเสร็จรับเงินแนบ รวม.....ฉบับ

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เบิกขอรับรองว่า ผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ตลอดจนไม่มีสิทธิได้รับสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบฯ ด้วย

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

### ความเห็นของหัวหน้าฝ่ายการแพทย์

.....

ลงชื่อ.....นายแพทย์

(.....)

เรียน .....

ได้ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามระเบียบ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

หมายเหตุ ผ่านหัวหน้าฝ่ายการแพทย์เฉพาะผู้ปฏิบัติงานสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร กรณี

รักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร