

แบบขออนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก.....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

งาน.....ส่วน.....ฝ่าย.....

สังกัด..... ได้รับ  การจ้าง  การบรรจุ เมื่อวันที่ .....

ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ ..... อายุ.....ปี

บิดา ชื่อ..... อายุ.....ปี

มารดา ชื่อ ..... อายุ.....ปี

บุตร ชื่อ ..... อายุ.....ปี

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค .....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ .....

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

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

ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบนี้

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น หรือผู้อื่น

เป็นเงิน ..... บาท (.....)

และ...

- และ (๑) ข้าพเจ้า
- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
  - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามระเบียบนี้
  - มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามระเบียบนี้
  - มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่น แต่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลก่อน และจะนำส่งคืนในภายหลังเมื่อได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากผู้อื่นแล้ว

(๒) บุคคลในครอบครัว  คู่สมรส  บิดา  มารดา  บุตร ของข้าพเจ้า

- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามระเบียบนี้
- มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามระเบียบนี้
- มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่น แต่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลก่อน และจะนำส่งคืนในภายหลังเมื่อได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากผู้อื่นแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในระเบียบนี้ และข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบ ฯ ด้วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....