

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....เทศบาลตำบลม่วงยาย.....
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
- (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

ง

จ

(5)ของข้าพเจ้า ง ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน จ และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)	
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ฉ เสนอ.....นายกเทศมนตรีตำบลม่วงยาย..... ข้าพเจ้า.....นายวิวรรณ ชัยบำรุง..... ตำแหน่ง.....ปลัดเทศบาลตำบลม่วงยาย..... ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ)..... (.....นายวิวรรณ ชัยบำรุง.....) ตำแหน่ง.....ปลัดเทศบาลตำบลม่วงยาย.....	5. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....นายเกษม นันชัย.....) ตำแหน่ง.....นายกเทศมนตรีตำบลม่วงยาย..... วันที่.....
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	
คำชี้แจง ก ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี จ ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน ฉ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ	

ประกอบแบบ ร.บ. 3

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้สำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวนบาท
(.....) ไปแล้วตามใบสำคัญฉบับนี้จริง

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

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