

ที่ มอ 104.0736400/

ลงวันที่

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จะเป็น

<p>1 ข้าพเจ้า รหัสบุคลากร ตำแหน่ง</p> <p>() ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () ข้าราชการบำนาญที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย</p> <p>() พนักงานเงินรายได้ เฉพาะแพทย์/พยาบาล () พนักงานมหาวิทยาลัยที่บรรจุก่อน 1 เม.ย.50</p> <p>สังกัด สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.</p>	<p>งานคลัง คณะแพทยศาสตร์</p> <p>เลขรับ</p> <p>วันที่</p>
<p>2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p>() ตนเอง</p> <p>() คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>() บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>() มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>() บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ ของบิดา และลำดับที่ ของมารดา</p> <p>() ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)</p> <p>ป่วยเป็นโรค</p> <p>และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางราชการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....</p> <p>รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)</p> <p>ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ</p>	
<p>3 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p>ตามสิทธิ () เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p>() เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย</p> <p>() เบิก 60%ของสิทธิ กรณีจ่ายเงินสด (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) เป็นเงินจำนวน</p> <p>() เบิก 50%ของสิทธิ กรณีจ่ายเงินสด (โรงพยาบาลของรัฐอื่น) เป็นเงินจำนวน</p> <p>เป็นเงิน บาท (.....)(ข) และ</p> <p>() ข้าพเจ้า () ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p>() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p>() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p>() เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>() (ค) ของข้าพเจ้า</p> <p>() ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p>() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา</p> <p>() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p>() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>	

<p>4 เสนอ (ง)</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่</p>	<p>เรียน</p> <p>ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....) ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p>
<p>5</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(อาจารย์นายแพทย์วิรัชชัย สมัย)</p> <p>ตำแหน่ง รักษาการแทนหัวหน้าสาขาวิชาพยาธิวิทยา</p> <p>วันที่</p>	<p>ตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายแล้วผลอนุมัติถูกต้อง</p> <p>(เจ้าหน้าที่งานคลัง)</p>
<p>6</p> <p>ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเงินจำนวน บาท (.....) "ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว"</p> <p>(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน (.....)</p> <p>(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน (.....)</p> <p>วันที่</p>	

คำชี้แจง

- (ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ