**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

ตัวอย่าง

พิมพ์บนกระดาษขาว แบบกลับหน้า กลับหลัง

**โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง** ❑ **พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น**

|  |
| --- |
|  **ชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก****ตำแหน่งผู้ใช้สิทธิขอเบิก**1. ข้าพเจ้า.....................................................................ตำแหน่ง.........................................................................

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขสังกัด............................................................................................................................................................... |
|  1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ❑ ตนเอง ❑ คู่สมรส ชื่อ.....................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........……………………..  ❑ บิดา ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........…………………….  ❑ มารดา ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........…………………….  ❑ บุตร ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........…………………….  เกิดเมื่อ............................................................เป็นบุตรลำดับที่.........................................**ก** ❑ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ❑ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ **ระบุโรคที่ได้รับการรักษา**ป่วยเป็นโรค…...........................................................................................................................................................**ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา**และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)................................................................................ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ❑ ทางราชการ ❑ เอกชน ตั้งแต่วันที่............................ถึงวันที่..................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น...............................................บาท (............................................................................................) **จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินรวมทุกฉบับ**ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน...........................ฉบับ**จำนวนใบเสร็จรับเงินทั้งหมดที่ได้รับการรักษา** |
|  1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ❑ ตามสิทธิ ❑ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

 ❑ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย**เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร****จำนวนเงินที่เบิกได้ตามสิทธิ****ข**เป็นเงิน.............................................บาท (.......................................................…………………..) และ1. ข้าพเจ้า ❑ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**ค**❑ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2)...........ข้าพเจ้า ❑ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ**ระบุคำว่า คู่สมรส****บิดา มารดา หรือ****บุตร ขึ้นอยู่กับใบเสร็จ****เป็นค่ารักษาของใคร**ต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |
| **ง**อธิบดีกรมสุขภาพจิต4. เสนอ...................................................  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  **ชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก**(ลงชื่อ)..................................................................ผู้ขอรับสวัสดิการ(.................................................................)**ระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ส่งเรื่องขอเบิก**วันที่............เดือน.....................................พ.ศ............... |
|  1. คำอนุมัติ

 อนุมัติให้เบิกได้**ผู้มีอำนาจอนุมัติ** (ลงชื่อ)................................................................. (.................................................................) ตำแหน่ง................................................................   |
|  **จำนวนเงินที่มีสิทธิเบิกได้ ตามข้อ 3.**1. ใบรับเงิน

 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..................................................บาท**เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร** (.....................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว**ชื่อผู้มีสิทธิขอเบิก** (ลงชื่อ)..................................................................ผู้รับเงิน (.................................................................)**ชื่อเจ้าหน้าที่การเงิน** (ลงชื่อ).................................................................ผู้จ่ายเงิน (................................................................) วันที่............เดือน.....................................พ.ศ...............  (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) |

**คำชี้แจง**

**ก**

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

**ข**

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิ์เพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

**ค**

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

**ง**

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง** ❑ **พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น**

|  |
| --- |
|  1. ข้าพเจ้า.....................................................................ตำแหน่ง.........................................................................

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขสังกัด............................................................................................................................................................... |
|  1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ❑ ตนเอง ❑ คู่สมรส ชื่อ.....................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........……………………..  ❑ บิดา ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........…………………….  ❑ มารดา ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........…………………….  ❑ บุตร ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน……….........…………………….  เกิดเมื่อ............................................................เป็นบุตรลำดับที่.........................................**ก** ❑ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ❑ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ป่วยเป็นโรค…...........................................................................................................................................................และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)................................................................................ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ❑ ทางราชการ ❑ เอกชน ตั้งแต่วันที่............................ถึงวันที่..................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น...............................................บาท (............................................................................................) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน...........................ฉบับ |
|  1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ❑ ตามสิทธิ ❑ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

 ❑ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย**ข**เป็นเงิน.............................................บาท (.......................................................…………………..) และ1. ข้าพเจ้า ❑ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**ค**❑ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2)...........ข้าพเจ้า ❑ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |
| **ง**อธิบดีกรมสุขภาพจิต4. เสนอ...................................................  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ)..................................................................ผู้ขอรับสวัสดิการ(.................................................................)วันที่............เดือน.....................................พ.ศ............... |
|  1. คำอนุมัติ

 อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)................................................................. (.................................................................) ตำแหน่ง................................................................   |
|  1. ใบรับเงิน

 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..................................................บาท (.....................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)..................................................................ผู้รับเงิน (.................................................................) (ลงชื่อ).................................................................ผู้จ่ายเงิน (................................................................) วันที่............เดือน.....................................พ.ศ...............  (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) |

**คำชี้แจง**

**ก**

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

**ข**

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิ์เพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

**ค**

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

**ง**

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ