**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

ตัวอย่าง

พิมพ์บนกระดาษขาว แบบกลับหน้า กลับหลัง

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

|  |
| --- |
| **ชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก**  **ตำแหน่งผู้ใช้สิทธิขอเบิก**   1. ข้าพเจ้า.....................................................................ตำแหน่ง.........................................................................   ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข  สังกัด............................................................................................................................................................... |
| 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 (.......................................................…………………..) และ   1. ข้าพเจ้า ❑ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น   ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  **ค**  ❑ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  (2)...........ข้าพเจ้า ❑ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ  **ระบุคำว่า คู่สมรส**  **บิดา มารดา หรือ**  **บุตร ขึ้นอยู่กับใบเสร็จ**  **เป็นค่ารักษาของใคร**  ต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |
| **ง**  อธิบดีกรมสุขภาพจิต  4. 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 กระทรวงสาธารณสุข  สังกัด............................................................................................................................................................... |
| 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 (.......................................................…………………..) และ   1. ข้าพเจ้า ❑ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น   ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  **ค**  ❑ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  (2)...........ข้าพเจ้า ❑ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ  ต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  ❑ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |
| **ง**  อธิบดีกรมสุขภาพจิต  4. 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