

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... กลุ่มงาน/สำนัก.....สังกัด สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
<input type="checkbox"/> ตนเอง.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....	
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก
ป่วยเป็นโรค.....	
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....	
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท	
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> ข
	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ	
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
<input type="checkbox"/> ค	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2)ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ เลขานุการสภาผู้แทนราษฎร

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(นางสาวมณฑา น้อยแย้ม)

ผู้อำนวยการสำนักการคลังและงบประมาณ ปฏิบัติราชการแทน
เลขานุการสภาผู้แทนราษฎร

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ