

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**  
**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
 สังกัดโรงเรียน.....โทรศัพท์.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 เกิดเมื่อ .....เป็นบุตรลำดับที่.....  
 ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 เกิดเมื่อ .....เป็นบุตรลำดับที่..... ก
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....  
 และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....  
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....  
 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)  
 ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น ข  
 เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท(.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ค  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระกฤษฎีกา  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ..... ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก  
 ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....)ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน.

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิ  
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล  
ตามสัญญาประกันภัย

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หมายเหตุ

ผู้อำนวยการสถานศึกษาไม่สามารถอนุมัติตนเองได้

## ใบติดใบเสร็จ

หมวด.....

ประเภท.....

ใบสำคัญที่.....

ฎีกาที่.....

จำนวนเงินตามใบสำคัญฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายให้แก่ผู้รับ รับไปถูกต้องแล้ว  
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

## หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

- กรณีเบิกให้บิดา
- กรณีเบิกให้มารดา
- กรณีเบิกให้คู่สมรส
- กรณีบิดาเบิกให้บุตร
- กรณีมารดาเบิกให้บุตร

### กรณีเบิกให้บิดา

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
3. สำเนาทะเบียนสมรสบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
4. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

### กรณีเบิกให้มารดา

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
3. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

### กรณีเบิกให้คู่สมรส

1. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกและคู่สมรส)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
3. ใบเปลี่ยนชื่อ- สกุล (ถ้ามี)

### กรณีบิดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกและคู่สมรส) หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายหรือสำเนาทะเบียนหย่า
3. ใบเปลี่ยนชื่อ- สกุล (ถ้ามี)

### กรณีมารดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

### หมายเหตุ

1. ต้องแนบหลักฐานทุกครั้งที่มีการยื่นขอเบิก
2. ในกรณีที่ยื่นหลักฐานไม่ครบถ้วนให้มายื่นขอเบิกในวันทำการถัดไป