

ที่ มอ.

ลงวันที่

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จะเป็น

1 ข้าราชการ รหัสบุคลากร ตำแหน่ง

() ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () ข้าราชการบำนาญที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

() พนักงานเงินรายได้ เฉพาะแพทย์/พยาบาล () พนักงานมหาวิทยาลัยที่บรรจุก่อน 1 เม.ย.50

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.

งานคลัง คณะแพทยศาสตร์

เลขรับ

วันที่

2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

() ตนเอง

() คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน

() บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน

() มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน

() บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน

เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ ของบิดา และลำดับที่ ของมารดา

() ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)

ป่วยเป็นโรค

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางราชการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3 ข้าราชการมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ () เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

() เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

() เบิก 60%ของสิทธิ กรณีจ่ายเงินสด (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) เป็นเงินจำนวน

() เบิก 50%ของสิทธิ กรณีจ่ายเงินสด (โรงพยาบาลของรัฐอื่น) เป็นเงินจำนวน

เป็นเงิน บาท (.....)

() ข้าราชการ () ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

() เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

() (ค) ของข้าราชการ

() ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

() มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4 เสนอ (ง) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่ (บุคลากรผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการ)	เรียน ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง วันที่ (เจ้าหน้าที่สาขาวิชา/ฝ่าย/หน่วยงาน)
5 อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง วันที่ (ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)	ตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายแล้วผลอนุมัติถูกต้อง (เจ้าหน้าที่งานคลัง)
6 ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเงินจำนวน บาท (.....) (ลงชื่อ)ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่	

คำชี้แจง

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