



สถาบันการbinsพลเรือน

ในเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดกรอกข้อความให้ละเอียดครบถ้วน และทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง [] เท่าที่จำเป็น

[1] ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด

[2] ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

[] ข้าพเจ้า อาชีพ สถานที่ทำงาน

[] คู่สมรส อาชีพ สถานที่ทำงาน

[] บิดา ชื่อ อาชีพ สถานที่ทำงาน

[] มารดา ชื่อ อาชีพ สถานที่ทำงาน

[] บุตร ชื่อ วัน เดือน ปี

[] ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

[] เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)

[] บุตรอยู่ในความปกครอง หรืออุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า

โดย [] หย่าขาดจากคู่สมรส

[] แยกกันอยู่แต่มิได้อายาขาดตามกฎหมาย (ข)

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล)

ตั้งอยู่ที่ ซึ่งเป็นสถานพยาบาล [] ทางราชการ [] เอกชน

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

[3] ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามข้อบังคับ สบพ. ว่าด้วย เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

[] เต็มจำนวน [] ไม่เต็มจำนวน [] เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่ (ค)

เป็นเงิน บาท (.....)

[4] ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า / ของข้าพเจ้า

[4.1] เป็นผู้มิสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามข้อบังคับ สบพ.

[4.2] [] ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการหรือหน่วยงานอื่น

[] มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ต่ำกว่า

[4.3] ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ข้างต้น ถูกต้อง ตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้เบิก

คำชี้แจง (ก) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบคำสั่งศาลมาด้วย

(ข) การขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งอยู่ในความปกครองหรืออุปการะเลี้ยงดูในกรณีแยกกันอยู่มิได้หย่าขาดตามกฎหมาย ให้แนบหลักฐานราชการซึ่งระบุว่าบุตรนั้นอยู่ในความปกครองของผู้เบิก

(ค) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและยังขาดอยู่เท่าใด