

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....สำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ ที่ ๑๑ (สุราษฎร์ธานี).....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

- ตนเอง
  - คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
  - บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
  - มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
  - บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- เกิดเมื่อ.. เป็นบุตรลำดับที่.....  
 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล) .....  
 ชื่อเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ .....ถึงวันที่ .....  
 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น .....บาท .....

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ  เนพะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เนพะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  
 มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

- (2).....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า  
 สิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ  
 มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....อธิบดีกรมป่าไม้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) โว้ยูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)