

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (แบบ ร.บ.3)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า..... คู่สมรส ชื่อ.....
 บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....
 บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....
 เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ **ข**
 เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
 เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....
 เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
 ป่วยเป็นโรค.....
 และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
 ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
 (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด **ค**
 เงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
 เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
 ง ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3)ของข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา
 ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน
 และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5)ของข้าพเจ้า ง

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา

ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

จ

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าวิสัญญีวม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์
ในการบำบัดรักษาโรค).

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ฉ

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตาม

จำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี

ข

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือน
ไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ค

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวง
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

ง

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

จ

ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

ฉ

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ตรงจ่ายเงินเป็นค่า.....ตามใบเสร็จรับเงิน

.....
.....
.....

จำนวนเงิน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตรวจแล้วถูกต้อง

ตรวจแล้วถูกต้อง