

ใบเบิกเงินสวัสดิการในการรักษาพยาบาลแก่บุคลากรและลูกจ้าง  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

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

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า.....  คู่สมรสชื่อ.....

บิดาชื่อ.....  มารดาชื่อ.....

บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ  จ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....  
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....  
ป่วยเป็นโรค.....  
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....  
ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท  
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ตามระเบียบ มมร. ว่าด้วยการให้สวัสดิการในการรักษาพยาบาล

เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน  -  
เป็นเงิน..... บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ ข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานในหน่วยงานของราชการหรือท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ

ง

(3) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ  
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 30 วัน  
เมื่อวันที่..... ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา..... วัน  
และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยไปแล้ว จำนวน..... บาท  
 จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) .....ของข้าพเจ้า

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา ห่างจากการเข้า

รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 30 วัน เมื่อวันที่.....

ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

จากทางมหาวิทยาลัยไปแล้ว จำนวน.....บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ

ตามจำนวนที่ขอเบิก

(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**

เป็นบุคลากรหรือลูกจ้าง

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนา คำสั่งศาลมาด้วย

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่าสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ให้เดิมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**กาเตือน**

บุคลากรหรือลูกจ้างผู้ใดใช้สิทธิตามระเบียบนี้โดยทุจริตหรือกรอกข้อความในคำขอเบิกตามระเบียบนี้เป็นเท็จ นอกจากจะต้องรับโทษ ทางวินัยแล้ว ให้เป็นอันหมดสิทธิ์ที่จะได้รับสวัสดิการตามระเบียบนี้ตลอดไป