

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากรว่าด้วยกองทุนสวัสดิการ มหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ พ.ศ. 2559

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิ ตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ