

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น (แบบ ร.บ.3)  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	ก.
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า..... <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา)..... <span style="margin-left: 350px;">เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....</span>	
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">ข</span>	
<input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามีถึงแก่กรรมแล้ว <input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม)แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... ป่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ชื่อเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น พ.ศ.2549 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">ค</span>	
<input type="checkbox"/> เต็มจำนวน <input type="checkbox"/> ไม่เต็มจำนวน <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาด เป็นเงิน.....บาท (.....)และขอรับรอว่า	
1. ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
2. คู่สมรสของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">ง</span> <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานในหน่วยงานส่วนราชการ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ
3. ....ของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
4. ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าวิสัญญีแพทย์ รวมทั้งห้องแอมบิวลันซ์และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

5. ....ของข้าพเจ้า

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน .....

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

4. คำร้องขอของผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญแล้วแต่กรณี

- กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

- ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

# แนบใบเสร็จ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการจ่ายตามใบสำคัญ จำนวน.....ฉบับ เป็นเงิน.....บาท  
(.....)เงินจำนวนนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินส่วนตัว ไปก่อนแล้ว  
และข้าพเจ้าขอเบิกตามสิทธิที่เบิกได้ จำนวน .....บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)