



คำขออนุมัติรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
(สำหรับส่วนภูมิภาค)

คำร้องเลขที่ _____

รับวันที่ _____

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่

เลขประจำตัวประชาชน 1. ข้าพเจ้า _____ ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน _____

อำเภอ _____ จังหวัด _____ โท. _____ บรรจุ/แต่งตั้งที่โรงเรียนนี้เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ส่งเงินสะสมงวดแรกเดือน _____ พ.ศ. _____ ส่งเงินสะสมงวดปัจจุบันเดือน _____ พ.ศ. _____

ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ โท. _____

ขอหนังสือขออนุมัติรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ ป่วยเป็นโรค _____

ตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึงวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบนี้ ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี และขอรับรองว่า

 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนหรือบางส่วนหรือเฉพาะส่วนขาด ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ไม่มีบัตรประกันสังคม

หากปรากฏภายหลังว่าไม่มีสิทธิหรือหมดสิทธิหรือเบิกผิดพลาด ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงิน หรือยินยอมให้กองทุนสงเคราะห์เรียกคืน หรือหักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากผู้รับใบอนุญาตหรือจากกองทุนสงเคราะห์ ชดใช้จนครบถ้วนและยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก

(_____)

_____/_____/_____

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

ข้าพเจ้า _____ ผู้รับใบอนุญาต ผู้จัดการ โรงเรียน _____

ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่าผู้ขอยังมีสภาพเป็นผู้ดำเนินการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบันมีสิทธิตามระเบียบทุกประการและมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบและยอมชดใช้เงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้โดยไม่มีสิทธิแทนผู้ขอเบิก

ลงชื่อ _____ ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

(_____)

_____/_____/_____

ประทับตราโรงเรียน

3. เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา _____

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบแล้ว ปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบัน ผู้มีสิทธิใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน _____ บาท เห็นสมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ _____ หัวหน้างาน ลงชื่อ _____ หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย

(_____)

(_____)

(_____)

_____/_____/_____

_____/_____/_____

_____/_____/_____

4. คำสั่ง

อนุมัติ

ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์