



ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล  
กรณีนำใบเสร็จรับเงินมาเบิก (สำหรับส่วนภูมิภาค)

คำร้องเลขที่ \_\_\_\_\_

รับวันที่ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่

เลขประจำตัวประชาชน

1. ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_  ผู้อำนวยการ  ครู  บุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทร. \_\_\_\_\_ บรรจุ/แต่งตั้งที่โรงเรียนนี้เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ส่งเงินสะสมงวดแรกเดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ส่งเงินสะสมงวดปัจจุบันเดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่ \_\_\_\_\_

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทร. \_\_\_\_\_

ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค \_\_\_\_\_ ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

เป็นสถานพยาบาลของ  รัฐบาล  เอกชน ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

รวม \_\_\_\_\_ วัน เป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ ) ใบเสร็จรับเงิน จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ประเภทออมทรัพย์ สาขา \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบภายในวงเงิน 100,000 บาทต่อปี และขอรับรองว่าข้าพเจ้า

มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนหรือบางส่วนหรือเฉพาะส่วนขาด  ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)

ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  ไม่มีบัตรประกันสังคม

หากปรากฏภายหลังว่าไม่มีสิทธิหรือหมดสิทธิหรือเบิกผิดพลาด ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงิน หรือยินยอมให้ทางกองทุนสงเคราะห์เรียกคืน หรือหักเงินเดือน

หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากผู้รับใบอนุญาตหรือจากทางกองทุนสงเคราะห์ ชุดใช้จนครบถ้วนและยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ขอเบิก

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_  ผู้รับใบอนุญาต  ผู้จัดการ โรงเรียน \_\_\_\_\_

ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่า ผู้ขอเบิกยังมีสภาพเป็นผู้บริหาร ครู และบุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบันมีสิทธิตามระเบียบทุกประการและมีสิทธิเบิก

ค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบและยอมชดเชยเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปโดยไม่สิทธิแทนผู้ขอเบิก

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ประทับตราโรงเรียน



3. เรียง ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา \_\_\_\_\_

ได้ตรวจสอบใบเบิกและเอกสารประกอบของผู้เบิกแล้ว ปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น  ผู้อำนวยการ  ครู  บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสม

เป็นปัจจุบัน มีสิทธิใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน \_\_\_\_\_ บาท เห็นสมควรได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ เป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท ดังนี้

- ค่าห้อง ค่าอาหาร \_\_\_\_\_ บาท ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้างาน

- ค่ารักษาพยาบาล \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ \_\_\_\_\_ บาท \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย

รวม \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4. คำสั่ง \_\_\_\_\_ อนุมัติ

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา \_\_\_\_\_ ปฏิบัติหน้าที่

ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์

