

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตัวแทน.....

สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่าวัสดุการรักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรໄร์ความสามารถ หรือเสมือนໄร์ความสามารถ

ก

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท(.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่าวัสดุการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เนพาลส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

ข

เนพาลส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน..... บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่าวัสดุการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่าวัสดุการรักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ

มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่าวัสดุการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ค

4. เสนอ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

๔

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไว้ความสามารถหรือสมมื่อนไว้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอญญาต์ท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชบัญญัติเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอญญาต์ท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ