

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ร.บ.๓)
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่เป็นจริง

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
สังกัดสำนัก/กอง..... องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ข้าพเจ้า | <input type="radio"/> คู่สมรส ชื่อ..... |
| <input type="radio"/> บิดา ชื่อ..... | <input type="radio"/> มารดา ชื่อ..... |
| <input type="radio"/> บุตร ชื่อ..... | เกิดเมื่อ..... |
| บุตร ชื่อ..... | เกิดเมื่อ..... |
| บุตร ชื่อ..... | เกิดเมื่อ..... |
| <input type="radio"/> เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... | เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... |
| <input type="radio"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ | <input type="radio"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ |
| <input type="radio"/> เป็นบุตรอยู่ในปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว | |
| <input type="radio"/> เป็นบุตรอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย | |

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก
(ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบและเอกสารประกอบการเบิกจ่าย จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการส่วนท้องถิ่น

- เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ขาด

เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

- (๑) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า

- ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....
สังกัด.....
- เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง..... สังกัด.....
- เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(๓)ของข้าพเจ้า

- ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการส่วน
ท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(๔) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจาก
การเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน
เมื่อวันที่..... ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน
และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท
(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าประกอบอวัยวะและอุปกรณ์ในการ
บำบัดรักษาโรค)

(๕)ของข้าพเจ้า

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจาก
การเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน
เมื่อวันที่..... ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน
และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท
(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าประกอบอวัยวะและอุปกรณ์ในการ
บำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิก
ได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....
(.....)

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....