แบบ รพ.๓

โทร.....

ใบเบิกเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล โรค.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความด้วยตนเอง

สังกัด แผนก.....

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง [ก]..... กอง.....

☐ เงินเดือนพนักงาน ..... บาท ☐ เงินเดือนบำนาญ ..... บาท ☐ กทช. ฝ่าย.....

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ตนเอง

☐ คู่สมรส ชื่อ .....

☐ บิดา ชื่อ .....

☐ มารดา ชื่อ .....

☐ บุตร ชื่อ ..... ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ[ข]

และได้เข้ารับการตรวจรักษาจาก (ชื่อสถานพยาบาล) ๑. .....

๒. .....

๓. .....

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

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

(ตัวอักษร)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ

(๑) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากราชการหรือจากหน่วยงานอื่น

(๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามระเบียบ กทท. ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

(๓) .....ของข้าพเจ้า[ค] ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามระเบียบ กทท. ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามระเบียบ กทท. ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ที่ กทท. กำหนด และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

<u>หมายเหตุ</u> ๑. กรณีผู้ขอรับเงินสวัสดิการไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ให้ประทับลายนิ้วมือในช่องลงชื่อ และต้องมี พยานเซ็นชื่อรับรองอย่างน้อย ๒ คน

๒. กรณีบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ให้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานนั้นๆ ก่อน แล้วจึงจะมีสิทธิเบิกเพิ่มเติมส่วนที่ขาดได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....

<u>ส่วนของเจ้าหน้าที่</u>

๓. เจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสิทธิของผู้ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบ กทท. ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแล้ว (นาย,นาง,นางสาว) ..... เป็น (พนักงาน, อดีตพนักงานซึ่งมีสิทธิรับค่ารักษาพยาบาลจริง) โดยมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว

☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เป็นจำนวนเงิน ..... บาท (.....)

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้จัดทำ

(.....)

วันที่.....

๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด	๕. คำรับรองของผู้อำนวยการ .....
เรียน ..... (ง) ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง..... ได้ตรวจคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ) ..... (.....)	เรียน ..... ข้าพเจ้า..... ได้ตรวจคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ) ..... (.....)

คำชี้แจง (ก) ถ้าเป็นอดีตพนักงานซึ่งมีสิทธิรับค่ารักษาพยาบาล ให้เขียนตรง ตำแหน่งว่า บำนาญ หรือ กทช.

(ข) กรณีขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถและจะต้องอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของตนซึ่งเป็นผู้มีสิทธิและศาลได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

(ค) ให้เติม ในข้อ (๓) .....ของข้าพเจ้า บิดา, มารดา, หรือบุตร แล้วแต่กรณี

(ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ

คำเตือน - การกรอกข้อความโดยจงใจให้เป็นเท็จ ถือว่าเป็นความผิด

- ให้อ่านระเบียบการรักษาพยาบาล และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลให้เข้าใจถูกต้องก่อน