



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ _____ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย โทร ๐-๒๒๘๒-๐๔๗๓-๔

ที่ กท ๐๗๑๓.๙ / _____ วันที่ _____

เรื่อง ขอส่งใบสำคัญเพื่อเบิกเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล _____

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป

ขอส่งใบสำคัญเพื่อขอเบิกเงินช่วยเหลือ ค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามหลักฐาน
และใบสำคัญที่ได้แนบมาพร้อมนี้แล้ว จำนวนใบเสร็จรับเงินฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการช่วยเหลือ
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย
ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องตามระเบียบแล้วเพื่อโปรดเบิกจ่ายเงินต่อไป

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ _____ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย โทร ๐-๒๒๘๒-๐๔๗๓-๔

ที่ กท ๐๗๑๓.๙ / _____ วันที่ _____

เรื่อง ขอส่งใบสำคัญเพื่อเบิกเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล _____

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานบริการสุขภาพ

ขอส่งใบสำคัญเพื่อขอเบิกเงินช่วยเหลือ ค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามหลักฐาน
และใบสำคัญที่ได้แนบมาพร้อมนี้แล้ว จำนวนใบเสร็จรับเงินฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการช่วยเหลือ
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย
ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องตามระเบียบแล้วเพื่อโปรดเบิกจ่ายเงินต่อไป

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

๒. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล ของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (๑.) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรเพียงฝ่ายเดียว
- (๒.)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

๔. เสนอ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)