



คำขอลงชื่อรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

คำร้องเลขที่.....

(สำหรับ บสว.ภูมิภาค)

รับวันที่.....

เลขประจำตัวประชาชน

Input boxes for ID number

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

1. ข้าพเจ้า..... ผู้..... ( ) ผู้อำนวยการ ( ) ครู ( ) บุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทร..... บรรจุ/แต่งตั้งที่โรงเรียนนี้เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ส่งเงินสะสมงวดแรก เดือน..... พ.ศ..... ส่งเงินสะสมงวดปัจจุบัน เดือน..... พ.ศ.....
ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.....
ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....ป่วยเป็นโรค.....
ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบนี้ ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี และขอรับรองว่า
[ ] มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนหรือบางส่วนหรือเฉพาะส่วนที่ขาด [ ] ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
[ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น [ ] ไม่มีบัตรประกันสังคม

หากปรากฏภายหลังว่าไม่มีสิทธิหรือหมดสิทธิหรือเบิกผิดพลาด ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงิน หรือยินยอมให้กองทุนสงเคราะห์เรียกคืนหรือหักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้า
พึงได้รับจากผู้รับใบอนุญาตหรือจากกองทุนสงเคราะห์ ชดใช้จนครบถ้วนและยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
...../...../.....

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

ข้าพเจ้า..... ( ) ผู้รับใบอนุญาต ( ) ผู้อำนวยการ โรงเรียน.....
ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่าข้าพเจ้ายังมีสภาพเป็นผู้..... ( ) ผู้อำนวยการ ( ) ครู ( ) บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบันมีสิทธิตามระเบียบทุกประการและมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้
ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบและยอมชดใช้เงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้โดยไม่มีสิทธิแทนผู้ขอเบิก
ลงชื่อ.....ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ
(.....)
...../...../.....
ประทับตราโรงเรียน

3. เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา..... เขต.....

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบแล้ว ปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น..... ( ) ผู้อำนวยการ ( ) ครู ( ) บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบัน
ผู้..... มีสิทธิใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ภายในวงเงิน.....บาท เห็นสมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่..... ลงชื่อ.....หัวหน้างาน..... ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย.....
(.....) (.....) (.....)
...../...../.....

4. คำสั่ง

อนุมัติ

.....
(.....)
...../...../.....
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา..... เขต..... ปฏิบัติหน้าที่
ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์

## คำชี้แจง

1. กรอกข้อความในช่องว่างให้ครบถ้วน พร้อมใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ตามความเป็นจริง
2. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบให้ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการลงนาม และประทับตราโรงเรียนรับรอง
3. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบที่สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาที่โรงเรียนตั้งอยู่

## เอกสารประกอบที่ต้องยื่น ให้เรียงลำดับ ดังนี้

กรณีมีบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา

1. สำเนาหลักฐานการส่งเงินสะสมกองทุนสงเคราะห์ฯเดือนปัจจุบัน หากผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา บรรจุ/แต่งตั้งใหม่ให้แนบบใบส่งเงินสะสมงวดแรกมาด้วย
2. สำเนาบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา หน้า 1,2,6 และ 10 หรือ 12

กรณีไม่มีบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา

3. เอกสารตามข้อ 1
4. สำเนา ร. 8 ข หรือสำเนา ร.10 หรือ สำเนา สข.9 หรือ สข.19 หรือหนังสือแต่งตั้งผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา
5. เอกสารอื่นแล้วแต่กรณี

## หมายเหตุ

ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชื่อ ชื่อสกุล ให้นำเอกสารมาบันทึกเพิ่มเติมใบ้บัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา โดยให้ผู้รับใบอนุญาตลงนาม