



ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

กรณีนำใบเสร็จรับเงินมาเบิก (สำหรับส่วนภูมิภาค)

คำร้องเลขที่.....

รับวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

เลขประจำตัวประชาชน

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. ข้าพเจ้า..... ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....บรรจุ/แต่งตั้งที่โรงเรียนนี้ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ส่งเงินสะสมงวดแรกเดือน.....พ.ศ..... ส่งเงินสะสมงวดปัจจุบัน เดือน.....พ.ศ..... ที่อยู่ที่ติดต่อได้เลขที่.....
 หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
 ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค.....ซึ่งได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นสถานพยาบาลของ รัฐบาล เอกชน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... รวม.....วัน
 เป็นเงิน.....บาท (.....) ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ประเภทออมทรัพย์ สาขา..... เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบนี้ ภายในวงเงิน 100,000 บาทต่อปี และขอรับรองว่าข้าพเจ้า

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนหรือบางส่วนหรือเฉพาะส่วนขาด | <input type="checkbox"/> ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น | <input type="checkbox"/> ไม่มีบัตรประกันสังคม |

หากปรากฏภายหลังว่าไม่มีสิทธิหรือหมดสิทธิหรือเบิกผิดพลาด ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงิน หรือยินยอมให้ทางกองทุนสงเคราะห์เรียกคืนหรือหักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่

ข้าพเจ้าพึงได้รับจากผู้รับใบอนุญาตหรือจากทางกองทุนสงเคราะห์ ขอใช้จนครบถ้วนและยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

...../...../.....

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

ข้าพเจ้า..... ผู้รับใบอนุญาต ผู้อำนวยการ โรงเรียน.....

ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่า ผู้ขอเบิกยังมีสภาพเป็นผู้ อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบันมีสิทธิตามระเบียบทุกประการและมีสิทธิเบิกค่า

รักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน 100,000 บาทต่อปี หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบและยอมชดใช้เงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้โดยไม่มีสิทธิแทนผู้ขอเบิก

ลงชื่อ.....ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการ

(.....)

...../...../.....

ประทับตราโรงเรียน

3. เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา..... เขต

ได้ตรวจสอบใบเบิกและเอกสารประกอบของผู้ เบิกแล้ว ปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบัน มีสิทธิใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงินบาท เห็นสมควรได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้เป็นเงิน.....บาท ดังนี้

- ค่าห้อง ค่าอาหาร	บาท	ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่	ลงชื่อ..... หัวหน้างาน
- ค่ารักษาพยาบาล	บาท	(.....)	(.....)
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์.....	บาท/...../...../...../.....
รวม.....	บาท	ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มฝ่าย	
		(.....)	
	/...../.....	

4. คำสั่งผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา..... เขต

อนุมัติ

(.....)

...../...../.....

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา..... เขต ปฏิบัติหน้าที่

ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์

คำชี้แจง

1. กรอกข้อความในช่องว่างให้ครบถ้วน พร้อมใส่เครื่องหมาย ในช่อง ตามความเป็นจริง
2. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบให้ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการกอง และประทับตราโรงเรียนรับรอง
3. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่โรงเรียนตั้งอยู่

เอกสารประกอบที่ต้องยื่น ให้เรียงลำดับ ดังนี้

กรณีมีบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา

1. สำเนาสมุดคู่มือภาคการคลังไทย จำกัด (หน้าที่มีเลขที่และชื่อบัญชีผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษาผู้เบิก) ที่เป็นปัจจุบัน
2. สำเนาหลักฐานการส่งเงินสะสมกองทุนสงเคราะห์ เดือนปัจจุบัน หากผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา บรรจุ/แต่งตั้ง ใหม่ให้แนบใบส่งเงินสะสมงวดแรกด้วย
3. สำเนาบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา หน้า 1,2,6 และ 10 หรือ 12
4. ใบเสร็จรับเงิน

กรณีไม่มีบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา

5. เอกสารตามข้อ 1-2 และ 4
6. สำเนา ร.8 ข หรือสำเนา ร.10 หรือสำเนา สข.9 หรือ สข.19 หรือหนังสือแต่งตั้งผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา
7. เอกสารอื่นแล้วแต่กรณี

หมายเหตุ

1. ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชื่อ ชื่อสกุล ให้นำเอกสารมาบันทึกเพิ่มเติมในบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และบุคลากรทางการศึกษา โดยให้ผู้รับใบอนุญาตลงนาม
2. หากใบเสร็จรับเงินเป็นสลิป ให้โรงพยาบาลจัดทำบหน้าสรุปประกอบด้วย
3. การรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนเบิกได้เฉพาะกรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นเร่งด่วน หากไม่ได้รับการรักษาในทันทีทันใด อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องมีหนังสือรับรองจากแพทย์ยืนยันด้วย เอกสารประกอบด้วย ใบเสร็จรับเงิน ใบงบบหน้าสรุป คำรับรองแพทย์ คำรับรองผู้ดำเนินการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้จัดตั้งสถานพยาบาล
4. กรณีไม่มียา หรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรืออวัยวะเทียม ต้องขึ้นอนกสถานพยาบาล ให้แนบบใบสั่งของแพทย์ ผู้รักษาใบรับรองว่าไม่มียา อุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม โดยเจ้าหน้าที่ห้องยาเป็นผู้รับรองประกอบ