**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำความหมาย  ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

|  |
| --- |
| 1.ข้าพเจ้า………………………………………………………………………………………………………………ตำแหน่ง…………………………………………………………………….. สังกัด…มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์……………………………………………………………………………………………………….. |
| 2.ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ตนเอง คู่สมรส ชื่อ……………………………………………………………เลขประจำตัวประชาชน……………………………………………………… บิดา ชื่อ……………………………………………………………เลขประจำตัวประชาชน………………………………………………………. มารดา ชื่อ……………………………………………………………เลขประจำตัวประชาชน………………………………………………………..  บุตร ชื่อ……………………………………………………………เลขประจำตัวประชาชน………………………………………………………. เกิดเมื่อ…………………………………………………….เป็นบุตรลำดับที่………………………….. ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถป่วยเป็นโรค……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)…………………………………………………………………………………………ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่……………………………………………………………………………………ถึงวันที่……………………………………..เป็นเงินรวมทั้งสิ้น…………………………………………………………………………………………….บาท(…………………………………………………………………………………………..) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน……………….ฉบับ |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัยเป็นเงิน…………………………บาท (……………………………………………………………………………….) และ(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับคารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2)………………ของข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย มีสิทธิได้รับคำรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |