**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำความหมาย เครื่องหมายถูก ฟอนต์ Wingdings โค้ดอักขระทศนิยม 252 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 หรือเสมือนไร้ความสามารถ  ป่วยเป็นโรค……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)…………………………………………………………………………………………  ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่……………………………………………………………………………………  ถึงวันที่……………………………………..เป็นเงินรวมทั้งสิ้น…………………………………………………………………………………………….บาท  (…………………………………………………………………………………………..) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน……………….ฉบับ |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย  เป็นเงิน…………………………บาท (……………………………………………………………………………….) และ  (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  มีสิทธิได้รับคารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  (2)………………ของข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า  สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ  มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  มีสิทธิได้รับคำรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |