

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น (แบบ ร.บ.3)
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	ก
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า..... <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....	
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ จ	
<input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามีถึงแก่กรรมแล้ว <input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม)แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... ป่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ชื่อเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวข้อเกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น พ.ศ.2549 ก	
<input type="checkbox"/> เต็มจำนวน <input type="checkbox"/> ไม่เต็มจำนวน <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาด ก เป็นเงิน.....บาท (.....)และขอรับรองว่า	
1. ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
2. คู่สมรสของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... ง <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานในหน่วยงานส่วนราชการ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ
3.ของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
4. ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน จ และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

<p>5.ของข้าพเจ้า <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="ง"/></p>	<p>ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน</p> <p>เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน</p> <p>และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวนบาท</p> <p>(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)</p>
<p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p>	
<p>4. คำร้องขอของผู้บังคับบัญชา <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value="จ"/></p> <p>เสนอ.....</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท</p> <p>(.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p> <p>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>	

คำชี้แจง

- ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญแล้วแต่กรณี

- กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

- ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ