องค์การสวนพฤกษศาสตร์

แบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า_____ตำแหน่ง_____สังกัด_____

๒. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา

ชื่อ_____เกิดเมื่อ_____

(กรณีเป็นบุตร) เป็นบุตรลำดับที่_____ของบิดา เป็นลำดับที่_____ของมารดา

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (๑)

☐ เป็นบุตรในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสกันตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรม

☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนบุตรลำดับที่_____ชื่อ_____

เกิดเมื่อ_____ถึงแก่กรรมเมื่อ_____

ป่วยเป็นโรค_____ได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาล_____

ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ☐ ส่วนราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่_____

ถึงวันที่_____เป็นเงินรวมทั้งสิ้น_____บาท (_____)

ตามใบเสร็จที่แนบ จำนวน_____ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามข้อบังคับองค์การฯ ว่าด้วย สวัสดิการพนักงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๓๖ ☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ขาด เป็นเงิน_____บาท (_____) และขอรับรองว่า

๓.๑ คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ตำแหน่ง_____สังกัด_____

☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง_____สังกัด_____

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ_____

๓.๒ ☐ บิดาของข้าพเจ้า ☐ มารดาของข้าพเจ้า ☐ บุตรของข้าพเจ้า

☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

๓.๓ ☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ บุตรของข้าพเจ้า ☐ บิดาของข้าพเจ้า ☐ มารดาของข้าพเจ้า

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน เมื่อวันที่ _____ ถึงวันที่ _____ รวมระยะเวลา _____ วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลไปแล้วจำนวน _____ บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) (๒)

(ลงชื่อ) _____ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ _____

(ลงชื่อ) _____ ผู้บังคับบัญชา (๓)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

๔. คำรับรองของฝ่ายการคลัง	๕. **คำอนุมัติ**
เสนอ _____ (๔) ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับองค์การฯ เป็นเงินจำนวน _____ บาท (ลงชื่อ) _____ ตำแหน่ง _____ วันที่ _____	อนุมัติให้เบิกจ่าย (ลงชื่อ) _____ (_____) ตำแหน่ง _____ วันที่ _____

๖. ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน _____ บาท (_____) ไว้โดยถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับเงิน

(_____)

วันที่ _____

(ลงชื่อ) _____ ผู้จ่ายเงิน

(_____)

วันที่ _____

หมายเหตุ (๑) สำหรับบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

(๒) เฉพาะกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน

(๓) ให้ผู้บังคับบัญชาในลำดับถัดไป รับรองการเป็นพนักงานหรือลูกจ้างในสังกัด

(๔) เสนอผู้อำนวยการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทน