

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่อง () พร้อมกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1	ข้าพเจ้าตำแหน่งสังกัด 2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล () ตนเอง () คู่สมรสชื่อเลขบัตรประชาชน..... () บิดา ชื่อ เลขบัตรประชาชน () มารดา ชื่อ เลขบัตรประชาชน () บุตร ชื่อ เลขบัตรประชาชน เกิดเมื่อ () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก) ป่วยเป็นโรค และได้รับการเข้าตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางราชการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่ เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....) ตามใบเสร็จเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ
3	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล () ตามสิทธิ () เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น () เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน บาท (.....) และ (ข) (1) ข้าพเจ้า () ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น () มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ () มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย () เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (ค) (2) ข้าพเจ้า () ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น () สิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิพระราชกฤษฎีกา () มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย () มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิผู้อื่น
4	เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (ง) ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่เดือน พ.ศ.
5	คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง
6	ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน (.....) (.....) วันที่เดือน พ.ศ. (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)