

มีความประสงค์ให้โอนเข้าบัญชีธนาคาร	<input type="checkbox"/>	กรุงศรีอยุธยา	เลขที่	
	<input type="checkbox"/>	กรุงไทย	ชื่อบัญชี	
หมายเลขโทรศัพท์				

(แบบ บก.-ชล3)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน [] พร้อมกับกรอกข้อความ

1. ข้าพเจ้า		ตำแหน่ง	สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ			
<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 (ข)
<input type="checkbox"/>	ยังเป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีภรรยาถึงแก่กรรมแล้ว		
<input type="checkbox"/>	เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ		
	เกิดเมื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ	
ป่วยเป็นโรค			
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)			
ซึ่งเป็นสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่			
ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น			
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน บาท			
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
<input type="checkbox"/>	เต็มจำนวน	<input type="checkbox"/>	ไม่เต็มจำนวน <input type="checkbox"/>
เฉพาะส่วนที่ยังขาด (ค) เป็นเงิน			
(.....) และขอรับรองว่า			
(1)	ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
		<input type="checkbox"/>	มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ยังคงต่ำกว่า
(2)	คู่สมรสของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
		<input type="checkbox"/>	เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง
		<input type="checkbox"/>	สังกัด
		<input type="checkbox"/>	เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
		<input type="checkbox"/>	ตำแหน่ง
		<input type="checkbox"/>	สังกัด
		<input type="checkbox"/>	เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ (ง)
(3) ของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
		<input type="checkbox"/>	มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ยังคงต่ำกว่า
(4)	ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งก่อนนี้ ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่
		<input type="checkbox"/>	ถึงวันที่
		<input type="checkbox"/>	ไปแล้ว จำนวน
		<input type="checkbox"/>	บาท (๑)
		<input type="checkbox"/>	(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) ของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งก่อนนี้ ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการ ไปแล้ว จำนวน บาท (๑) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา โรค)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....) วันที่

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (จ)
 เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ตำแหน่ง

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ตำแหน่ง

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ตำแหน่ง

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท
 (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
 (.....)
 (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
 (นางนิษฐา ท่วมประจักษ์)

- คำชี้แจง
- ก. ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า "ข้าราชการบำนาญ" หรือ "ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด" แล้วแต่กรณี
 - ข. กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลด้วย
 - ค. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอาศัยอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 - ง. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
 - จ. ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
 - ฉ. ให้เสนอต่อผู้อำนวยการอนุมัติ