

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

( ) ข้าพเจ้า..... ( ) คู่สมรส ชื่อ.....

( ) บิดา ชื่อ..... ( / ) มารดา ชื่อ.....

( ) บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)

( ) เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว

( ) เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ( ) ทางราชการ ( ) เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

( ) เต็มจำนวน ( ) ไม่เต็มจำนวน ( ) เฉพาะส่วนที่ขาด (ค)

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

( ) มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

( ) เป็นผู้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ ( ) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า ( ) เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

( ) เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

(ง) ( ) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

( ) มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ( ) ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่าง

จากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

- (5) ...ของข้าพเจ้า (ง) ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน  
 และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท  
 (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ฉ)

เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย  
 ข้าพเจ้า นายเทอดเกียรติ สุกใส.....  
 ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย.....  
 ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้  
 แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก  
 (ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้  
 (ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว  
 (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)  
 (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 วันที่.....  
 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

**คำชี้แจง**

- (ก) ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
- (ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- (ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- (ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (จ) ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- (ฉ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบติดใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้สำรองจ่ายเงินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลไปจริงทุกประการ  
ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่ ..... เลขที่ .....  
ลงวันที่ .....

(ลงชื่อ) .....ผู้มีสิทธิ  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้รับรองสิทธิ  
(.....)

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่  
(.....)

เลขที่คำร้อง .....  
วัน/เดือน/ปี (ที่ส่งคำร้อง) .....

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ข้าราชการบำนาญ.....สังกัด.....องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย.....

## 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

( ) ข้าพเจ้า..... ( ) คู่สมรส ชื่อ.....

( ) บิดา ชื่อ..... ( / ) มารดา ชื่อ.....

( ) บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)

( ) เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว

( ) เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ( ) ทางราชการ ( ) เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

## 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

( ) เต็มจำนวน ( ) ไม่เต็มจำนวน ( ) เฉพาะส่วนที่ขาด (ค)

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

( ) มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

( ) เป็นผู้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ ( ) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า ( ) เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

( ) เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

(ง) ( ) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ข้าพเจ้า ( ) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

( ) มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ( ) ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

- (5) ...ของข้าพเจ้า (ง) ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน  
 และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท
- (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (จ)

เสนอ นายกองคํการบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย  
 ข้าพเจ้า นางสาวยุพเรศ กันทวี.....  
 ณ.แห่ง.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....  
 ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)

วันที่.....  
 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- (ก) ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
- (ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- (ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- (ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (จ) ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- (ฉ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบติดใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้สำรองจ่ายเงินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลไปจริงทุกประการ  
ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่ ..... เลขที่ .....  
ลงวันที่ .....

(ลงชื่อ) .....ผู้มีสิทธิ  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้รับรองสิทธิ (ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่  
(.....) (.....)  
เลขที่คำร้อง .....  
วัน/เดือน/ปี (ที่ส่งคำร้อง) .....

## ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

กอง ..... กรม ..... จังหวัด .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

ขอมอบฉันทะให้ ..... ตำแหน่ง ..... กอง .....

กรม ..... จังหวัด ..... อยู่บ้านเลขที่ .....

ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1. เงิน .....

จำนวน ..... บาท (.....)

2. เงิน .....

จำนวน ..... บาท (.....)

ทั้งนี้เนื่องจากข้าพเจ้า ไม่สามารถมารับเงินดังกล่าวได้ด้วยตัวเอง

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้โปรดจ่าย เช็ค / เงินสด ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในความเสียหาย อันอาจเกิดขึ้นจากการมอบฉันทะของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

บัตรผู้มอบ .....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

วันออกบัตร.....

(.....)

วันบัตรหมดอายุ.....

บัตรผู้รับมอบ .....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

วันออกบัตร.....

(.....)

บัตรหมดอายุ.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

(ลงชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

วันที่ ..... / ..... / .....

คำอธิบาย

1.ให้ระบุถึงสาเหตุที่ไม่อาจมารับเงินด้วยตนเองได้

2.ให้ระบุว่าให้ทางราชการจ่ายเงินสดหรือเช็ค หากให้จ่ายเป็นเช็คให้ระบุว่าจะส่งจ่ายในนามของผู้มอบฉันทะหรือผู้รับมอบฉันทะ (ในกรณีที่ผู้มอบฉันทะไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้าง หรือผู้รับบำนาญ จะต้องเขียนเช็คส่งจ่ายในนามของผู้มอบฉันทะ จะส่งจ่ายในนามของผู้รับมอบฉันทะไม่ได้

# หนังสือมอบอำนาจ

ปิด  
อากร  
แสตมป์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน.....

สำนักงานตั้งอยู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนข้าพเจ้า

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจจริง

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

บัตรประจำตัวมอบอำนาจ

เลขที่.....

วันออกบัตร.....

วันหมดอายุ.....

โปรดดูค่าเดือนด้านหลัง



## คำเตือน

1. การดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับทะเบียนรถ หากเจ้าของรถไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองได้ ต้องมีการมอบอำนาจโดยทำเป็นหนังสือแยกต่างหากจากคำขอทุกครั้ง
2. ผู้มอบอำนาจต้องรับผิดชอบทุกประการ ที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปตามที่ระบุในหนังสือมอบอำนาจ
3. ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยาน
4. ผู้มอบอำนาจต้องแนบสำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวมาด้วย
5. ผู้รับมอบอำนาจกระทำการด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นต่อไปไม่ได้
6. หนังสือมอบอำนาจหากมีรอยขีด ลบ ชีตฆ่าหรือแก้ไข ในสาระสำคัญถือว่าใช้ไม่ได้
7. หนังสือมอบอำนาจต้องปิดอากรแสตมป์ให้ถูกต้อง