



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....กองการศึกษา เทศบาลเมืองวารินชำราบ
ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขอบริจาคเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เรียน ปลัดเทศบาลเมืองวารินชำราบ

ด้วย.....
ได้ป่วยและไปรับการตรวจรักษาที่.....

จึงขอส่งหลักฐานการเบิกจ่ายมาเพื่อขอเบิกค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยการจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541
จำนวน.....บาท (.....)

เพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้อำนวยการกอง
เห็นควรอนุมัติ

ความเห็นของปลัดเทศบาล
ควรอนุมัติ

(ลงชื่อ)
(.....)

(ลงชื่อ)
(.....)

งบประมาณค่ารักษาพยาบาล
หมวดค่าตอบแทน กองการศึกษา

คำสั่งนายกเทศมนตรี

(ลงชื่อ)
(.....)

(ลงชื่อ)
(.....)

ผู้อำนวยการกองคลัง

นายกเทศมนตรี

ใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

(แบบ ร.บ.3)

(ก)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัดเทศบาลเมืองวารินชำราบ
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 - ข้าพเจ้า คู่สมรส ชื่อ.....
 - บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....
 - บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 - ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)
 - เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
 - เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่ซึ่งบุตรถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
 - เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด (ค)
เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า
 - (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
 - (2) คู่สมรสของ
ข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
 เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 - (ง) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

- (3)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- (4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท
- (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค)
- (5).....ของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ)

ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (จ)

5. คำอนุมัติ

เสนอ นายกเทศมนตรีเมืองวารินชำราบ

อนุมัติให้เบิกได้

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการศึกษา

(ลงชื่อ)

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

(.....)

ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

นายกเทศมนตรี

วันที่.....

(ลงชื่อ)

(.....)

6. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- (ก) ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
- (ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- (ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- (ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (จ) ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- (ฉ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หมวด.....
ประเภท.....

ภูมิภาค.....
ใบสำคัญที่.....

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินจำนวน.....บาท เป็นการถูกต้อง
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

ตรวจถูกต้องแล้ว

.....

ผู้อำนวยการกองการศึกษา