

มีความประสงค์ให้ออนเข้าบัญชีธนาคาร	☐ กรุงศรีอยุธยา	เลขที่	
	☐ กรุงไทย	ชื่อบัญชี	
หมายเลขโทรศัพท์			

(แบบ บก.-ชฉ.3)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน [] พร้อมกับกรอกข้อความ

1. ข้าพเจ้า		ตำแหน่ง	สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ			
☐ ข้าพเจ้า	☐ คู่สมรส ชื่อ		
☐ บิดา ชื่อ	☐ มารดา ชื่อ		
☐ บุตร ชื่อ	เกิดเมื่อ	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	
		เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)	
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ง)		
☐ ยังเป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีภรรยาถึงแก่กรรมแล้ว			
☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ			
เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ			
ป่วยเป็นโรค			
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)			
ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่			
ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท			
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ			
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
☐ เพิ่มจำนวน ☐ ไม่เพิ่มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด (ค) เป็นเงิน บาท			
(.....) และขอรับรองว่า			
(1) ข้าพเจ้า	☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ		
	☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ยังต่ำกว่า		
(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า	☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ		
	☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง		
	สังกัด		
	☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น		
	ตำแหน่ง สังกัด		
	☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ (ง)		
(3) ของข้าพเจ้า	☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ		
	☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ยังต่ำกว่า		
(4) ข้าพเจ้า	☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะ		
	เวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งก่อนนี้ ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่		
	ถึงวันที่ ไปแล้ว จำนวน บาท (จ)		
	(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)		

(5) ของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งก่อนนี้ ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการไปแล้ว จำนวน บาท (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) (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	

- 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. ให้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
 - ฉ. ให้เสนอต่อผู้อำนวยการอนุมัติ