

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

(แบบ บก.-ชล.3)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง กสังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า คู่สมรส ชื่อ

บิดา ชื่อ มารดา ชื่อ

บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเหมือนไร้ความสามารถ ข

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ.....
 เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ

ป่วยเป็นโรค

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่

ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

พยาบาล เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด ค

เป็นเงินบาท (ตัวอักษร) (.....)

และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง
 สังกัด.....

เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

(3)ของข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่ ถึงวันที่

รวมระยะเวลา..... วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน..... บาท จ

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหารค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะ และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)