



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองการพยาบาลสาธารณสุข โทร. 0 2276 3904

ที่ กท 0707/

วันที่

เรื่อง ขอส่งใบสำคัญเพื่อเบิกเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

เรียน .....

ขอส่งใบสำคัญเพื่อขอเบิกเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท  
(.....) ตามหลักฐานและใบสำคัญได้แนบมาพร้อมนี้แล้ว จำนวน  
ใบสำคัญรับเงิน.....ฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการช่วยเหลือ

(.....)

วันที่.....

เรียน .....

ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องตามระเบียบแล้ว เพื่อโปรดเบิกจ่ายเงินต่อไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

# ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แบบ 7105

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

โทรศัพท์.....

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า
- บิดา ชื่อ.....  คู่สมรส ชื่อ.....
- มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  ข
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....  
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....  
ป่วยเป็นโรค.....  
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....  
ถึงวันที่..... เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท  
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ยังขาดสิทธิ  ก
- เป็นเงิน.....บาท (.....) และ
- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด.....
- เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง..... สังกัด.....
- เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3) ..... ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ  ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....



