

ใบเบิกเงินสวัสดิการของลูกจ้างบรายได้
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ให้กาเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกรายการ

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ลูกจ้างบรายได้ ตำแหน่ง

สังกัด..... มหาวิทยาลัยรามคำแหง ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง ซึ่ง ไม่มีคู่สมรส และไม่มีบุตร
 มีคู่สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ
หน่วยงานส่วนราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ
 มีบุตร แต่บุตรไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ
หน่วยงานของส่วนราชการ ราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

คู่สมรส ชื่อซึ่งคู่สมรสไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือมีสิทธิ
ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของส่วนราชการ ราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ
บุตร ชื่อ เกิดเมื่อวันที่

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
 เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)
 เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
 เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตร
ลำดับที่ ชื่อ

เกิดเมื่อถึงแก่กรรมเมื่อ.....

บิดาชื่อซึ่งไม่มีบุตรที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจาก
รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของส่วนราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

มารดาชื่อซึ่งไม่มีบุตรที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจาก
รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของส่วนราชการ ราชการส่วนท้องถิ่นหรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

ป่วยเป็นโรค และได้รับการตรวจ
รักษาพยาบาล จาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบมหาวิทยาลัยรามคำแหง ว่าด้วยเงินสวัสดิการการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
การช่วยเหลือบุตรและการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535

- เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด (ข)

เป็นเงิน บาท (.....)

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ไม่ได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลจากผู้อื่น
ให้เติมคำว่า ตนเอง คู่สมรส บุตร บิดา หรือมารดา แล้วแต่กรณี) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการ
ส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า

- ไม่เป็นราชการหรือลูกจ้างประจำ
- เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง
สังกัด
- เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง สังกัด
- เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ข้าพเจ้า (คา)

- ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

(4) ข้าพเจ้า

- ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
เมื่อวันที่ ถึงวันที่
รวมระยะเวลาวัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว
จำนวน.....บาท (ง) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง
ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) ข้าพเจ้า (ค)

- ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
เมื่อวันที่ ถึงวันที่
รวมระยะเวลาวัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว
จำนวน.....บาท (ง) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง
ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่ เดือน พ.ศ.

- คำชี้แจง**
- (ก) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
 - (ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 - (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
 - (ง) ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ อธิการบดี ข้าพเจ้า</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตาม จำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ) (.....)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่ เดือน พ.ศ.</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....)</p> <p>วันที่ เดือน..... พ.ศ. (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>	