



ใบเบิกเงินสวัสดิการช่วยเหลือการรักษาพยาบาล

<p>1. ข้าพเจ้า.....รหัสนักงาน.....ตำแหน่ง..... ส่วน/ศูนย์.....ฝ่าย.....สถานี/สำนัก.....</p> <p>2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ..... ( ) ข้าพเจ้า ( ) คู่สมรส ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) บุตร ( ) บุตรไร้ความสามารถหรือ ซึ่งป่วยด้วยโรค..... เสมือนไร้ความสามารถ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกได้ ( ) เต็มจำนวน ( ) ไม่เต็มจำนวน เป็นเงิน.....บาท (.....)</p> <p>ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	
<p>3. คำรับรองผู้ตรวจหลักฐาน ส่วนสวัสดิการฯ ได้ตรวจสอบหลักฐานและ จำนวนเงินตามที่ขอเบิกถูกต้องแล้ว เพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	<p>4. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>5. ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ถูกต้องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	

