**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง🞎 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

**1. ข้าพเจ้า..............................................................................................ตำแหน่ง.....................................................................................**

 **สังกัด.....................................................................................................................................................................................................**

**2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ**

 **🞎 ตนเอง**

 **🞎 คู่สมรส ชื่อ........................................................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................................**

 **🞎 บิดา ชื่อ........................................................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................................**

 **🞎 มารดา ชื่อ........................................................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................................**

 **🞎 บุตร ชื่อ........................................................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................................**

 **เกิดเมื่อ.................................................................เป็นบุตรลำดับที่.....................**

 **🞎 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞎 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ**

**ป่วยเป็นโรค......................................................................................................................................................................................................**

**และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล)...........................................................................................................................**

**ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ 🞎 ทางราชการ 🞎 เอกชน ตั้งแต่วันที่..................................................................................................ถึงวันที่**

**.....................................................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.................................................................................................................บาท**

**(............................................................................................................................................)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..............ฉบับ**

**3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

 **🞎 ตามสิทธิ 🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น**

 **🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย**

**เป็นเงิน..........................................................บาท (..................................................................................................................................)และ**

 **(1) ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**

 **🞎 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว**

 **(2) ..........ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า**

 **สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น**

**4. เสนอ...........................................................................**

 **ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว**

**ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ**

 **(ลงชื่อ)................................................................ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ**

 **(...............................................................)**

 **วันที่..............เดือน...................................พ.ศ............**

**5. คำอนุมัติ**

 **อนุมัติให้เบิกได้**

 **(ลงชื่อ)....................................................................**

 **(.................................................................)**

 **ตำแหน่ง.................................................................**

**6. ใบรับเงิน**

 **ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน........................................................................บาท**

 **(.......................................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว**

 **(ลงชื่อ)...............................................................ผู้รับเงิน**

 **(...............................................................)**

 **(ลงชื่อ)...............................................................ผู้จ่ายเงิน**

 **(...............................................................)**

 **วันที่...........เดือน.....................................พ.ศ.............**

 **(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)**

 **แบบ 7223**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร**

**โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง** ❑ **พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น**

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า....................................................................ตำแหน่ง...........................................................................

สังกัด............................................................................................................................................................... |
| 1. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ....................................................................................................................................

 ❑ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ❑เป็นข้าราชการ ❑ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....................................สังกัด............................................. ❑ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น ❑ กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง................................................................สังกัด........................................................................ |
| 1. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก

 ❑ เป็นบิดาขอบด้วยกฎหมาย ❑ เป็นมารดา |
| 1. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้

 (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน* 1. บุตรชื่อ............................................................................เกิดเมื่อ.......................................................

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)............................เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)....................................(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่...................................................ชื่อ..............................................................เกิดเมื่อ..............................ถึงแก่กรรมเมื่อ......................สถานศึกษา..............................................อำเภอ................................จังหวัด.....................................ชั้นที่ศึกษา............................................(1) ❑1. ❑ จำนวน..............................บาท
	1. บุตรชื่อ............................................................................เกิดเมื่อ.......................................................

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)............................เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)....................................(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่...................................................ชื่อ..............................................................เกิดเมื่อ..............................ถึงแก่กรรมเมื่อ......................สถานศึกษา..............................................อำเภอ................................จังหวัด.....................................ชั้นที่ศึกษา............................................(1) ❑(2) ❑ จำนวน..............................บาท* 1. บุตรชื่อ............................................................................เกิดเมื่อ.......................................................

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)............................เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)....................................(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่...................................................ชื่อ..............................................................เกิดเมื่อ..............................ถึงแก่กรรมเมื่อ......................สถานศึกษา..............................................อำเภอ................................จังหวัด.....................................ชั้นที่ศึกษา............................................(1) ❑(2) ❑ จำนวน..............................บาท1. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

 ❑ ตามสิทธิ ❑ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน...........................................บาท (........................................................................................) (ก) |
| 6. เสนอ...........................................................................ข ❑ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความ ที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง ❑ บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ❑ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว  ❑ คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น  กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน..........................................................บาท ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ)..................................................................ผู้ขอรับสวัสดิการ (.................................................................) วันที่............เดือน.....................................พ.ศ............... |
| 1. คำอนุมัติ

 อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)................................................................. (.................................................................) ตำแหน่ง................................................................  |
| 1. ใบรับเงิน

 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.......................................................บาท (.....................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)..................................................................ผู้รับเงิน (.................................................................) (ลงชื่อ).................................................................ผู้จ่ายเงิน (................................................................) วันที่............เดือน........................พ.ศ...........  |

คำชี้แจง

ก

ให้ระบุการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ

 เกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข

 ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

|  |
| --- |
| **ตารางปฏิบัติงานนอกเวลา ตำแหน่ง ................................................................. ประจำเดือน ..................พ.ศ. ..............** |
| **ชื่อ.......................................... นามสกุล .......................................** |
|  |  |
| **วัน เดือน ปี** | **งานที่ปฏิบัติ** |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |
|  |  (ลงชื่อ)........................................................... (หัวหน้าผู้ควบคุม ) |
|  |  ( .............................................................) |
|  |  ตำแหน่ง ....................................................... |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **ตารางเวรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ ประจำเดือน …………..….. พ.ศ. …………** |
|  |
| วัน เดือน ปี | ชื่อ - สกุล | เวลาปฏิบัติงาน | ลายเซ็น | หมายเหตุ |
|
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ขอรับรองว่าปฏิบัติงานตามวันเวลาดังกล่าวจริง |
|  |  |  |  |  |
| (ลงชื่อ).......................................................... (หัวหน้าผู้ควบคุม ) |
|  ( ..........................................................) |
| ตำแหน่ง .............................................. |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ |

 |
| ส่วนราชการ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ประจำเดือน …………….... พ.ศ. ……… |
|  เบิกตามฎีกาที่……… ลงวันที่..…..เดือน……………..พ.ศ. ……………… |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   | อัตราค่า |   | รวม |   |   |   |
| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | ตอบแทน |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ชม./วัน |  จำนวนเงิน  | วัน เดือน ปี | ลายมือชื่อ |
|   |   |   | ชม./วัน |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ที่รับเงิน | ผู้ปฏิบัติงาน |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   | 0 |  -  |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวมจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)………………………...……… ลงชื่อ……………………………..ผู้จ่ายเงิน |
| ขอรับรองว่าผู้ที่รับเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาดังกล่าวได้ปฏิบัติงานนอกเวลาจริง |
| ลงชื่อ……………………………………………หัวหน้าผู้ควบคุม |
|  ( ………………………………... )  |
|

|  |
| --- |
| หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานบ่าย / ดึก |

 |
| ส่วนราชการ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ประจำเดือน ………………… พ.ศ. …………… |
|  เบิกตามฎีกาที่……… ลงวันที่..…..เดือน……………..พ.ศ……………… |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   | อัตราค่า | วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลา | รวม |   |   |   |
| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | ตอบแทน |   |   |   |   |   |   |   |   |   | จำนวนเงิน | วัน เดือน ปี | ลายมือชื่อ |
|   |   |   | (วัน) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ที่รับเงิน | ผู้ปฏิบัติงาน |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| รวมจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)…………………………………………………………………… ลงชื่อ……………………………..ผู้จ่ายเงิน |
| ขอรับรองว่าผู้ที่รับเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาดังกล่าวได้ปฏิบัติงานนอกเวลาจริง |
| ลงชื่อ……………………………………………หัวหน้าผู้ควบคุม (...................................................................) |