**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..............................บาท   1. 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  (...................................................................) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |