

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น (แบบ ร.ม.3)
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	ก
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า..... <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....	
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ข	
<input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามีถึงแก่กรรมแล้ว <input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม)แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... ป่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ชื่อเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวข้อเกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น พ.ศ.2549 ค	
<input type="checkbox"/> เต็มจำนวน <input type="checkbox"/> ไม่เต็มจำนวน <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาด เป็นเงิน.....บาท (.....)และขอรับรองว่า	
1. ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
2. คู่สมรสของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานในหน่วยงานส่วนราชการ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ
3.ของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช่ส่วนราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
4. ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

5.ของข้าพเจ้า ง

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา
ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน
และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการไปแล้ว จำนวนบาท
 จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำร้องขอของผู้บังคับบัญชา จ

เสนอ.....
ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบตาม
จำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ).....
(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

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

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว
(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก - ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญแล้วแต่กรณี
- ข - กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือน ไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค - ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอาศัยอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวง
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- ง - ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ - ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- ฉ - ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หนังสือใบสำคัญรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
ประกอบฎีกาที่ _____

ใบสำคัญที่	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
1	นาง/นาย..... สำหรับ นาง..... เป็น มารดา			
2	นาง/นาย..... สำหรับ นาง/นาย..... เป็น บุตร			
3	นาย/นาง.....			
4	นาย/นาง..... สำหรับ ด.ช..... เป็น บุตร สำหรับ นาย..... เป็น บิดา			
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		

ลงชื่อ..... ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบติดใบเสร็จ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เงินจำนวน บาท (.....)
ตามใบเสร็จ จำนวน ฉบับ เป็นค่า ได้ใช้เงิน
ส่วนตัวตรงจ่ายไปแล้วจริง และขอเบิกเพียง บาท

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)
ตำแหน่ง