



แบบฟอร์มใบเบิกค่ารักษาพยาบาล

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ด้วย ตำแหน่ง

มีความประสงค์จะเบิก ค่ารักษาพยาบาล ค่าทันตกรรม ได้ป่วยเป็นโรค

และรับการตรวจรักษาจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ รัฐ เอกชน โดยมีเอกสารประกอบการเบิก ใบเสร็จ ใบรับรองแพทย์ หนังสือรับรองยานอภัยซีหลัก อื่น ๆ

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

เป็นเงินทั้งสิ้นบาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบมาพร้อมนี้ จำนวน ฉบับ

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามที่สถาบันกำหนด เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น
.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ

ผู้เบิก

(.....)

อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบแล้ว เจ้าหน้าที่มีสิทธิในการเบิก

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่บริหารงานบุคคล

วันที่