



ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา ถึงแก่กรรม)
(สำหรับส่วนภูมิภาค)

เลขที่.....
รับวันที่.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

1. ข้าพเจ้า.....เป็น.....ของ.....ซึ่งถึงแก่กรรม
เป็น ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....บรรจุ/แต่งตั้งเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา.....โดยเข้ารับการรักษาพยาบาล
จาก (ชื่อสถานพยาบาล).....ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ รัฐบาล เอกชน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ป่วยเป็นโรค.....จำนวนเงิน.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
 ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษาผู้ถึงแก่กรรม เคยเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทคนไข้ในครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ชื่อสถานพยาบาล.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นทายาทโดยชอบธรรมและมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ กรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร ตามระเบียบกองทุนสงเคราะห์
ของ.....แทนทายาทบุคคลอื่น ๆ ซึ่งได้ให้คำยินยอมแก่ข้าพเจ้า ดังแนบ หากไม่เป็นไปตามนี้หรือได้รับ
เงินเกินไปด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมขอใช้เงินคืนภายใน 10 วัน และยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย
ลงชื่อ.....ทายาท
(.....)

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการ
ข้าพเจ้า..... ผู้รับใบอนุญาต ผู้อำนวยการ โรงเรียน.....
ได้ตรวจสอบแล้ว ปรากฏว่า ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษามีสิทธิตามระเบียบทุกประการ หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมขอใช้เงินค่า
รักษาพยาบาลที่เบิกไปให้กองทุนสงเคราะห์และยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย
ลงชื่อ.....ทายาท
(.....)
...../...../.....
ประทับตราโรงเรียน

3. เรียง ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล
ได้ตรวจสอบใบเบิกและเอกสารประกอบแล้วปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสม
เป็นปัจจุบัน ผู้มีสิทธิใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน.....บาท เห็นสมควรได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท ดังนี้
- ค่าห้อง ค่าอาหาร.....บาท - ค่ารักษาพยาบาล.....บาท - ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์.....บาท
รวม.....บาท
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
...../...../.....
ลงชื่อ.....รองผอ.สช.สตูล
(.....)
...../...../.....

4. คำสั่งผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล
อนุมัติ
.....
(.....)
ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์

คำชี้แจง

1. กรอกใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (กรณีผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาถึงแก่กรรม) ในช่องว่างให้ชัดเจนตามความเป็นจริง
2. ยื่นใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (กรณีผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาถึงแก่กรรม) พร้อมเอกสารประกอบให้ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการลงนาม และประทับตราโรงเรียนรับรอง
3. ยื่นใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (กรณีผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาถึงแก่กรรม) พร้อมเอกสารประกอบที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่โรงเรียนตั้งอยู่

เอกสารประกอบ

1. สำเนาใบนำส่งเงินสะสมกองทุนสงเคราะห์ (3 %) เดือนสุดท้ายที่ส่งก่อนถึงแก่กรรม
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
3. สำเนาบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา
4. สำเนาใบมรณบัตร
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาทะเบียนบ้านของทายาทผู้ยื่นใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาถึงแก่กรรม
6. เอกสารอื่น ๆ แล้วแต่กรณี