

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา ถึงแก่กรรม)

เลขประจำตัวประชาชน

1. ข้าพเจ้า..... ผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
บรรจุ/แต่งตั้งที่โรงเรียนนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า.....เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร
ของข้าพเจ้าโดยเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....
พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ป่วยเป็นโรค.....
มีสิทธิได้รับกาช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย
การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ.2543 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้า
ยินยอมชดใช้เงินคืนภายใน 10 วัน และยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการ

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่า ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษามีสิทธิตามระเบียบทุก
ประการ หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ เงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปให้กองทุนสงเคราะห์และ
ยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ
..... ทายาท

(.....)

...../...../.....

ประทับตราโรงเรียน