



คำขออนุมัติรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
(สำหรับส่วนภูมิภาค)

คำร้องเลขที่ \_\_\_\_\_

รับวันที่ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่

เลขประจำตัวประชาชน           1. ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_  ผู้อำนวยการ  ครู  บุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทร. \_\_\_\_\_ บรรจุ/แต่งตั้งที่โรงเรียนนี้เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ส่งเงินสะสมงวดแรกเดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ส่งเงินสะสมงวดปัจจุบันเดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทร. \_\_\_\_\_

ขอหนังสือหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล \_\_\_\_\_

แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ป่วยเป็นโรค \_\_\_\_\_

ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบนี้ ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี และขอรับรองว่า

 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนหรือบางส่วนหรือเฉพาะส่วนขาด  ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  ไม่มีบัตรประกันสังคม

หากปรากฏภายหลังว่าไม่มีสิทธิหรือหมดสิทธิหรือเบียดบังผิดนัด ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงิน หรือยินยอมให้กองทุนสงเคราะห์เรียกคืน หรือหักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากผู้รับใบอนุญาตหรือจากกองทุนสงเคราะห์ ชดใช้จนครบถ้วนและยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ขอเบิก

(\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_  ผู้รับใบอนุญาต  ผู้จัดการ โรงเรียน \_\_\_\_\_

ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่าผู้ขอยังมีสภาพเป็นผู้ดำเนินการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบันมีสิทธิตามระเบียบทุกประการและมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน 100,000 บาท/ปี หากไม่เป็นไปตามนี้ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบและยอมชดใช้เงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้โดยไม่มีสิทธิแทนผู้ขอเบิก

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการ

(\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ประทับตราโรงเรียน

## 3. เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบแล้ว ปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น  ผู้อำนวยการ  ครู  บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสมเป็นปัจจุบัน ผู้มีสิทธิใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน \_\_\_\_\_ บาท เห็นสมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้างาน \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 4. คำสั่ง

อนุมัติ

## คำชี้แจง

1. กรอกข้อความในช่องว่างให้ครบถ้วน พร้อมใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ตามความเป็นจริง
2. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบให้ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการลงนาม และประทับตราโรงเรียน  
รับรอง
3. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่โรงเรียนตั้งอยู่

เอกสารประกอบที่ต้องยื่น ให้เรียงลำดับ ดังนี้

### กรณีมีบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา

1. สำเนาหลักฐานการส่งเงินสะสมกองทุนสงเคราะห์ เดือนปัจจุบัน หากผู้อำนวยการ ครู  
และบุคลากรทางการศึกษา บรรจุ/แต่งตั้งใหม่ให้แนบใบส่งเงินสะสมงวดแรกมาด้วย
2. สำเนาบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา หน้า 1,2,6 และ 10  
หรือ 12

### กรณีไม่มีบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา

3. เอกสารตามข้อ 1
4. สำเนา ร. 8 ข หรือสำเนา ร. 10 หรือ สำเนา สข.9 หรือ สข. 19 หรือหนังสือแต่งตั้งผู้อำนวยการ ครู  
และบุคลากรทางการศึกษา
5. เอกสารอื่นแล้วแต่กรณี

## หมายเหตุ

ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชื่อ ชื่อสกุล ให้โรงเรียนบันทึกเพิ่มเติมในบัตรประจำตัว  
ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา โดยให้ผู้รับใบอนุญาตลงนาม