



เลขที่ \_\_\_\_\_  
 รัววันหนึ่ \_\_\_\_\_  
 ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหนึ่หนึ่ \_\_\_\_\_

**ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล**  
**(กรณีผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา ถึงแก่กรรม)**  
**(สำหรับส่วนภูมิภาค)**

1. ช้าพเจ้า \_\_\_\_\_ เป็น \_\_\_\_\_ ของ \_\_\_\_\_  
 ซึ่งถึงแก่กรรม เป็นผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา โรงเรียน \_\_\_\_\_  
 ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ บรรจุ/แต่งตั้งเมื่อวันหนึ่ \_\_\_\_\_  
 เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ที่อยู่ติดต่อได้เลขหนึ่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_  
 ถนน \_\_\_\_\_ แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
 รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา \_\_\_\_\_  
 โดยเข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) \_\_\_\_\_  
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  รัฐบาล  เอกชน ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_  
 ถึงวันหนึ่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ป่วยเป็นโรค \_\_\_\_\_ จำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท  
 ( \_\_\_\_\_ ) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ

ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาผู้ถึงแก่กรรมเคยเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทคนไข้ในครั้งสุดท้าย เมื่อวันหนึ่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_  
 พ.ศ. \_\_\_\_\_ ชื่อสถานพยาบาล \_\_\_\_\_  
 ช้าพเจ้าขอรับรองว่า ช้าพเจ้าเป็นทายาทโดยชอบธรรมและมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ กรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร ตามระเบียบกองทุนสงเคราะห์  
 ของ \_\_\_\_\_ แทนทายาทบุคคลอื่นฯ ซึ่งได้ให้คำยินยอมแก่ช้าพเจ้า ดังแนบ หากไม่เป็นอย่างตามนี้หรือได้รับเงิน  
 เกินไปด้วยเหตุใดก็ตาม ช้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินคืนภายใน 10 วัน และยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย  
 ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ทายาท  
 ( \_\_\_\_\_ )

2. คำรับรองของผู้รับใบอนุญาตหรือผู้อำนวยการ  
 ช้าพเจ้า \_\_\_\_\_  ผู้รับใบอนุญาต  ผู้จัดการ โรงเรียน \_\_\_\_\_  
 ได้ตรวจสอบแล้ว ปรากฏว่า ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษามีสิทธิตามระเบียบทุกประการ  
 หากไม่เป็นไปตามนี้ ช้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปให้กองทุนสงเคราะห์และยินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย  
 ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ทายาท  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**ประทับตราโรงเรียน**

3. เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล  
 ได้ตรวจสอบใบเบิกและเอกสารประกอบแล้วปรากฏว่ายังมีสภาพเป็น  ผู้อำนวยการ  ครู  บุคลากรทางการศึกษา และส่งเงินสะสม  
 เป็นปัจจุบัน ผู้มีสิทธิใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ภายในวงเงิน \_\_\_\_\_ บาท เห็นสมควรได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งหนึ่ เป็นเงิน  
 \_\_\_\_\_ บาท ดังนี้  
 - ค่าห้อง ค่าอาหาร \_\_\_\_\_ บาท - ค่ารักษาพยาบาล \_\_\_\_\_ บาท - ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ \_\_\_\_\_ บาท  
 รวม \_\_\_\_\_ บาท  
 ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้างาน \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. คำสั่ง ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล ออนุมัติ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

### คำชี้แจง

1. กรอกข้อความในช่องว่างให้ครบถ้วน พร้อมใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ตามความเป็นจริง
2. ยื่นใบเบิกพร้อมเอกสารประกอบให้ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้จัดการลงนาม และประทับตราโรงเรียนรับรอง
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 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 ให้โรงเรียนบันทึกเพิ่มเติมในบัตรประจำตัวผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา โดยให้ผู้รับใบอนุญาตลงนาม