

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน (ผู้อำนวยการสถานพยาบาล)

ด้วย.....(3).....แจ้งว่า .....(4).....

เลขที่ประจำตัวประชาชน  หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี ซึ่งเป็น .....(5).....

ได้เข้ารับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า.....(3).....เลขที่ประจำตัวประชาชน

อายุ .....ปี ตำแหน่ง .....

สังกัดกรม.....กระทรวง.....

ส่วนราชการ .....จังหวัด ..... ซึ่งเป็น .....(6).....

ของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด จัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยตรงกับกรมบัญชีกลาง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอใช้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(3) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(4) ให้ระบุชื่อบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษายาบาล พร้อมเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง

(5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(6) ให้ระบุความสัมพันธ์ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย



คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ .....

ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน 

ตำแหน่ง.....สังกัด..... กระทรวง/จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ .....
- บิดา ชื่อ .....
- มารดา ชื่อ .....
- บุตร ชื่อ .....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ .....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน  หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว

/เลขที่หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ

ก เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ



## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

- (2)  ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ .....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง



ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ



ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย



ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี



ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



## หนังสือแจ้งการใช้สิทธิ

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง แจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ....(3).....

เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

ด้วย.....(4).....ประสงค์จะเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(3)..... ซึ่งเป็น  
.....(5).....ของ.....(6).....สังกัด/รับบำนาญ ฝ่าย.....กอง.....กรม.....  
แต่เพียงฝ่ายเดียว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และงดเว้นการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(5).....ให้แก่.....(6).....และ  
แจ้งตอบรับหนังสือแจ้งการใช้สิทธิมาเพื่อ.....(2).....ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอใช้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(3) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ซึ่งเป็น  
ผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(4) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ซึ่งเป็น  
ผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล อีกฝ่ายหนึ่งตาม (6)

(6) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ อีกฝ่ายหนึ่ง

(กรณีเป็นการแจ้งการใช้สิทธิภายในส่วนราชการเดียวกันให้ทำเป็นหนังสือภายในตามระเบียบ

สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526)



## หนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิ

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ....(3).....

เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

อ้างถึง .....(4).....

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ....(3).....ของ.....(5)..... นั้น

.....(2).....รับทราบแล้ว และได้ดำเนินการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(6).....ให้แก่  
 .....(7).....และแจ้งตอบรับหนังสือแจ้งการใช้สิทธิมาเพื่อ.....(2).....ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอใช้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(3) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(4) หนังสือแจ้งการใช้สิทธิ

(5) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(6) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล อีกฝ่ายหนึ่งตาม (7)

(7) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ อีกฝ่ายหนึ่ง

(กรณีเป็นการแจ้งการใช้สิทธิภายในส่วนราชการเดียวกันให้ทำเป็นหนังสือภายในตามระเบียบ

สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526)



แบบหนังสือแสดงเจตนาขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกรณีข้าราชการได้รับคำสั่ง  
ให้ไปช่วยหรือไปปฏิบัติราชการต่างส่วนราชการผู้เบิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง.....  
สังกัด/กอง.....กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....  
ได้รับคำสั่งให้ไปช่วยปฏิบัติราชการ/หรือไปปฏิบัติราชการที่.....กรม.....  
กระทรวง.....จังหวัด.....ตามคำสั่งที่เลขที่.....ลงวันที่.....  
เดือน.....พ.ศ. .... ซึ่งการไปช่วยปฏิบัติราชการ/หรือไปปฏิบัติราชการดังกล่าว ทำให้เกิดความไม่สะดวก  
ในการที่จะต้องยื่นขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการผู้เบิกเงินเดือน จึงขอแสดงเจตนา  
โดยหนังสือฉบับนี้ว่า ตลอดระยะเวลาของการไปช่วยปฏิบัติราชการ/หรือไปปฏิบัติราชการ ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการที่ได้รับคำสั่งให้ไป  
ช่วยปฏิบัติราชการ/หรือไปปฏิบัติราชการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เสนอ ผู้มีอำนาจอนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)\* .....

(.....)

หมายเหตุ : \* ให้ผู้อำนวยการกองคลังตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง  
ของส่วนราชการที่ข้าราชการไปช่วยปฏิบัติราชการหรือไปปฏิบัติราชการเป็นผู้ลงชื่อ



## ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า .....	<input type="checkbox"/> หัวหน้าสถานพยาบาล
	<input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา
แห่งสถานพยาบาล .....	จังหวัด .....
ขอรับรองว่า .....	ซึ่งป่วยเป็นโรค .....
<input type="checkbox"/> ก. จำเป็นต้องใช้	<input type="checkbox"/> ยา
	<input type="checkbox"/> เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน
	<input type="checkbox"/> น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด
	<input type="checkbox"/> ออกซิเจน
	<input type="checkbox"/> อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
	ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้
<input type="checkbox"/> ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ	<input type="checkbox"/> ทางห้องทดลอง
	<input type="checkbox"/> เอกซเรย์
	ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้
	ไม่อาจให้บริการได้
(1) .....	รหัส* .....
(2) .....	รหัส* .....
(3) .....	รหัส* .....
(4) .....	รหัส* .....
	(ลงชื่อ).....
	(.....)
	ตำแหน่ง .....
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....



หมายเหตุ \*รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้  
สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ





ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)

ตามหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ.....ที่...../.....  
 ลงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....หรือเลขอนุมติยืนยันการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
 เลขที่.....รับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ .....เลขประจำตัวประชาชน  
 □□□□□□□□□□□□□□ หรือเลขที่ประจำตัวประเภทอื่น.....  
 ได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจาก .....ตั้งแต่วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....  
 ถึงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .... รวม .....วัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง/ค่าอาหาร			
2.	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล			
4.	ยากลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
	รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร) .....บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามคำขอเบิกเลขที่ .....

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

เจ้าหน้าที่การเงิน



ตัวอย่างหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลเอกชน  
ชื่อสถานพยาบาล

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ชื่อสถานพยาบาล) ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจาก .....  
ซึ่งป่วยเป็นโรค ..... และได้มาขอรับการรักษายาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนี้  
ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
รวม ..... วัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง/ค่าอาหาร			
2.	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล			
4.	ยากลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
	รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร) .....บาท

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน





แบบแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของทางราชการ

เลขที่คำขอ «คำขอเบิก»

วันที่ «วันที่»

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี «รพ»

ข้าพเจ้า «ชื่อผู้ส่ง» ตำแหน่ง «ตำแหน่งผู้ส่ง» ขอแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภท  
ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก ประจำเดือน «เดือนเบิก» พ.ศ.«ปีเบิก» ปังบประมาณ พ.ศ.«ปีงบ» ให้แก่สถานพยาบาล «รพ»  
รหัสผู้ขาย «รหัสผู้ขาย» หมายเลขบัญชี «เลขที่บัญชี» «ธนาคาร» เป็นจำนวนเงิน «จำนวนเงิน1» บาท  
(«จำนวนเงิน2») เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(.....)

อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย





แบบแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของเอกชน

เลขที่คำขอ «คำขอเบิก»

วันที่ «วันที่»

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล «รพ»

ข้าพเจ้า «ชื่อผู้ส่ง» ตำแหน่ง «ตำแหน่งผู้ส่ง» ขอแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ประจำเดือน «เดือนเบิก» พ.ศ. «ปีเบิก» ปังบประมาณ พ.ศ. «ปีงบ» ให้แก่สถานพยาบาล «รพ» ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน รหัสผู้ขาย «รหัสผู้ขาย» หมายเลขบัญชี «เลขที่บัญชี» «ธนาคาร» โดยได้หักภาษี ณ ที่จ่าย เป็นจำนวน «ภาษี1» บาท («ภาษี2») รวมเป็นจำนวนเงิน «รวมเงิน1» บาท («รวมเงิน2») เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(.....)

อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

