แบบฟอร์มการเบิกค่ารักษาพยาบาล

**ชื่อ – สกุล(ผู้เบิก)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_รหัส\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_เบอร์โทร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | โรงพยาบาล | เลขที่ใบเสร็จ | วัน/เดือน/ปี | จำนวนเงินที่เบิกได้ | ใบรับรองแพทย์ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ข้าพเจ้ายินยอมให้งานบุคคลใช้เอกสารดังต่อไปนี้ เพื่อดำเนินการยื่นเบิกค่ารักษาพยาบาลกับสำนักงานกองทุนสงเคราะห์ฯ

□ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย □ สำเนาการส่งเงินสมทบ 3% □ สำเนาสมุดประจำตัวครู

□ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล □ อื่น ๆ................................................................

ลงชื่อ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ผู้ขอเบิก

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

วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

แบบฟอร์มการเบิกค่ารักษาพยาบาล

**ชื่อ – สกุล(ผู้เบิก)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_รหัส\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_เบอร์โทร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | โรงพยาบาล | เลขที่ใบเสร็จ | วัน/เดือน/ปี | จำนวนเงินที่เบิกได้ | ใบรับรองแพทย์ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ข้าพเจ้ายินยอมให้งานบุคคลใช้เอกสารดังต่อไปนี้ เพื่อดำเนินการยื่นเบิกค่ารักษาพยาบาลกับสำนักงานกองทุนสงเคราะห์ฯ

□ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย □ สำเนาการส่งเงินสมทบ 3% □ สำเนาสมุดประจำตัวครู

□ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล □ อื่น ๆ................................................................

ลงชื่อ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ผู้ขอเบิก

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

วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_