

**ใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกกองอาสารักษาดินแดน**  
**โปรดกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....  
จังหวัด.....

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค.....  
.....  
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตั้งแต่วันที่.....  
ถึงวันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท  
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบจำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบกองอาสารักษาดินแดน ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล  
ของสมาชิกกองอาสารักษาดินแดน พ.ศ. ๒๕๓๓ เต็มจำนวน

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. คำรับรองจากผู้บังคับบัญชา  
เรียน (หัวหน้ากอง)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
ได้ตรวจใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....  
(.....)

๕. คำอนุมัติ  
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....