





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม  
ที่ นธ ๐๐๓๓.๓๐๑/๒.๒/ เลขที่หน่วยงาน วันที่ ระบุวันที่  
เรื่อง ขอส่งใบสำคัญเพื่อล้างเงินยืม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี

๑. ความเป็นมา

ตามที่ข้าพเจ้า นาย ก อักษรไทย ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ได้ขออนุมัติ

ระบุรายละเอียดเรื่องขอขอยืมเงิน พร้อมจำนวนเงิน

.....ตามสัญญาขอยืมเงิน  
เลขที่ ..... ลงวันที่ ..... ตามเอกสารแนบท้าย

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ บัดนี้ข้าพเจ้าได้เข้ารับการอบรมโครงการดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอส่งใบสำคัญเพื่อ  
ทำการล้าง เงินยืม

๒.๒ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรมครั้งนี้ เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท  
(.....) ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- .....	ระบุจำนวนเงิน
- .....	ระบุจำนวนเงิน
รวมเป็นเงิน	จำนวนเงินรวม

๓. ข้อพิจารณา

ข้าพเจ้าจึงขอส่งใบสำคัญเพื่อทำการล้างเงินยืม จำนวน ..... บาท  
(.....)

๔. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นาย ก อักษรไทย)  
นายแพทย์ชำนาญการ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายเรศ มณีเทศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี

### \*\*\* ส่งเอกสารการให้เงินให้ครบ

1.บันทึกข้อความขอล้างเงินยืม

2.ชุดขออนุมัติการเบิกจ่ายเงิน/ชุดขออนุมัติเดินทางไปราชการ ฯลฯ

3.ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน ตัวจริงทุกฉบับ

สัญญาเงินยืมเลขที่.....วันที่..... (ส่วนที่ 1)  
ชื่อผู้ยืม.....จำนวนเงิน.....บาท

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ **โรงพยาบาลนครชัยศรี**  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่เขียน

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ  
เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี**

ตามคำสั่ง/บันทึกที่.....ลงวันที่.....ได้อนุมัติให้  
ข้าพเจ้า **นาย ก อักษรไทย** ตำแหน่ง **นายแพทย์ชำนาญการ**  
สังกัด **โรงพยาบาลนครชัยศรี** พร้อมด้วย **ระบุหากไปเป็นคณะ**  
เดินทางไปปฏิบัติราชการ.....โดยออกเดินทางจาก  
 บ้านพัก  สำนักงาน  ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.  
และกลับถึง  บ้านพัก  สำนักงาน  ประเทศไทย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.  
รวมเวลาไปราชการครั้งนี้.....วัน.....ชั่วโมง

กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนตาม  
บันทึกข้อความที่ขออนุมัติ  
เดินทาง

เลือก

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ สำหรับ ข้าพเจ้า คณะเดินทาง ดังนี้  
ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท.....จำนวน.....วัน รวม.....บาท  
ค่าเช่าที่พักประเภท.....จำนวน.....วัน รวม.....บาท  
ค่าพาหนะ.....รวม.....บาท  
ค่าใช้จ่ายอื่น.....จำนวนเงินรวม.....บาท  
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) **จำนวนเงิน** รวมเงินทั้งสิ้น.....บาท

ไม่มีค่าเบี้ยเลี้ยง  
ค่าเช่าที่พัก (เหมา/จ่ายจริง)  
ค่าพาหนะ (กรอกให้ตรงกับ บก4231)  
ไม่มีค่าน้ำมัน (ถ้า ผอ.ไม่ได้สั่งให้ไปด่วน)  
ค่าใช้จ่ายอื่น (ค่าลงทะเบียน ฯลฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน.....ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน  
**นาย ก อักษรไทย**  
ตำแหน่ง.....  
**นายแพทย์ชำนาญการ**

ระบุ

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้	อนุมัติให้จ่ายได้
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....

จำนวนเงินรวม  
ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน.....บาท  
(.....) ใ้เป็นการถูกต้องแล้ว  
จำนวนเงิน (อักษร)  
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
นาย ก อักษรไทย  
นายแพทย์ชำนาญการ  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....  
จากเงินยืมคณสัญญาเลขที่.....วันที่.....

หมายเหตุ.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- ข้อชี้แจง
- กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
  - กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีกรวยืม เงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญาเงินยืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
  - กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ชื่อส่วนราชการ **โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัด นครปฐม**  
 นาย ก อักษรไทย  
 ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

วันที่เขียน

ลำดับที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวม	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปีที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	ค่าใช้จ่ายอื่น				
1.	นาย ก อักษรไทย	นายแพทย์ชำนาญการ								
2.	กรณีไปเป็นคณะ									
รวมเงิน			จำนวนเงินรวมแต่ละช่อง					ตามสัญญาเงินเดิมที่.....วันที่.....		

รวมจำนวนเงินแต่ละประเภท

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) .....  
 หนึ่งในสี่พันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

- คำชี้แจง
1. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ
  2. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ที่ได้รับจากเงินยืม
  3. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ขอเบิกเงินจากราชการ และจ่ายเงินคืนนั้นให้แก่ผู้คืนทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

จำนวนเงินรวมต้องเท่ากับ

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
 โรงพยาบาลนครชัยศรี

ส่วนราชการ.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดครายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
วันที่ไป	ขาไป - ระบุประเภทรถโดยสาร	ระบุ	
	จาก.....ถึง.....		
	- เพิ่มเติมหากมีการต่อรถ	ระบุ	
วันที่กลับ	ขากลับ - ระบุประเภทรถโดยสาร	ระบุ	
	จาก.....ถึง.....		
	- เพิ่มเติมหากมีการต่อรถ	ระบุ	
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า **นาย ก อักษรไทย** ตำแหน่ง **นายแพทย์ชำนาญการ**

กอง.....**โรงพยาบาลนครชัยศรี อักษรไทย**

ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....  
 (นาย ก อักษรไทย .....)  
 วันที่.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ 7223

1.	ข้าพเจ้า <b>นาย ก อักษรไทย</b> ตำแหน่ง <b>นายแพทย์ชำนาญการ</b> สังกัด <b>โรงพยาบาลนครชัยศรี (เลขบัตรประชาชน)</b>
2.	คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง.....สังกัด.....
3.	ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input checked="" type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา
4.	ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน
1)	บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท
2)	บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท
3)	บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท

กรอก(ถ้ามี)

กรอกบุตรตามลำดับ

(1) รัฐบาล  
(2) เอกชน  
และจำนวนเงินตามอัตราที่พึงได้

จำนวนเงินรวม

5.	ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร <input checked="" type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท (.....) ก
6.	เลขที่ <b>นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม</b> ข <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง <input checked="" type="checkbox"/> บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร <input checked="" type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว <input type="checkbox"/> คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....นาย ก อักษรไทย.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
7.	คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... ลงวันที่เขียน
8.	ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท (.....) วัตถุประสงค์แล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....นาย ก อักษรไทย.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ลงวันที่เขียน

จำนวนเงินรวม

คำชี้แจง  
ก ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร  
ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

\*\*\* เอกชน (ใบเสร็จรับเงิน + ใบรับรองสถานศึกษา + ใบรับรองการเกิด)

\*\*\* รัฐบาล (ใบเสร็จรับเงิน + ใบรับรองการเกิด)

หากนามสกุลไม่เหมือนผู้มีสิทธิเบิกให้นำทะเบียนสมรสมาแนบ และถ้าชื่อ-สกุลต่างจากใบเกิด ก็แนบบใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลด้วย

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....นาย ก. อักษรไทย.....ตำแหน่ง.....นายแพทย์หัวหน้ากุมารเวช  
สังกัดโรงพยาบาลนครชัยศรี (เลขบัตรประชาชน).....

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....ระบุมโรคที่ได้รับการรักษา.....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

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

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

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

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(๑) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(๒) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

เลือก กรอกรายละเอียด

ระบุรายละเอียดให้ครบ

กรอกจำนวนเงิน

ระบุว่าเบิกให้ใคร และทำเครื่องหมายตามช่องของสิทธิที่ได้รับ

๔. เสนอ.....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(นาย ก. อักษรไทย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(นาย ก. อักษรไทย)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ระบุวันที่เขียนเบิก

กรอกจำนวนเงิน

\*\*\* 1.ใบเสร็จรับเงิน (ระบุรหัสของการรักษา)

2.ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลที่รักษา/ใบรับรองราชการยาและอวัยวะเทียม(ถ้ามี)

3.สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง (กรณีเบิกให้บิดา/มารดา) /ใบเกิดบุตร กรณีเบิกให้บุตร