

การจ่ายเงินช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล*

๑. ให้ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาภายหลังวันที่ระบียบนี้ใช้บังคับ มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลจากกองทุนโดยยื่นคำขอต่อ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรตามแบบที่เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร กำหนด ภายใน ๑ ปีนับแต่วันที่ระบุในใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล พร้อมกับ แสดงใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ให้ผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาก่อนวันที่ระบียบนี้ใช้บังคับและเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย หรือเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิได้รับบำเหน็จบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ มีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๒. การจ่ายเงินช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีสิทธิ ให้พิจารณาอนุมัติจ่ายเงินกรณีเป็นผู้ป่วยในรายละไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท ต่อปี และกรณีเป็นผู้ป่วยนอกรายละไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๓. ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่มียา หรือสิ่งอื่นที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผลของการเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดไป ให้ผู้มีสิทธิซื้อยาหรือสิ่งอื่นที่จำเป็นตามใบสั่งยาซึ่งออกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษาจากสถานที่อื่นได้

* ที่มา : ระเบียบคณะกรรมการกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภาว่าด้วยการบริหาร ค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงาน การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การอนุมัติการเบิกจ่ายเงิน การจ่ายเงิน การจัดหาผลประโยชน์ และการจ่ายเงินช่วยเหลือกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๖

ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาหรือสิ่งอื่นที่จำเป็นตามใบสั่งยาซึ่งออกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษาจากสถานที่อื่น ผู้มีสิทธิอาจขอเบิกโดยยื่นคำขอต่อสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรตามแบบที่เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรกำหนด พร้อมกับแสดงใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำเนาใบสั่งยา และใบรับรองของแพทย์ผู้ออกใบสั่งยา ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกดังกล่าวให้คิดรวมอยู่ในจำนวนเงินที่จะได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

สิทธิประโยชน์ของสมาชิกวุฒิสภาและกรรมาธิการ

คำขอรับเงินช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ประธานกรรมการกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกวุฒิสภา

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ผู้เคยเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร/สมาชิกวุฒิสภา จังหวัด.....

เจ็บป่วยด้วยโรค..... เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก

ที่..... ขอรับเงินช่วยเหลือในการค่ารักษาพยาบาล

เป็นเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- () ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน ฉบับ
- () สำเนาใบสั่งยา จำนวน ฉบับ
- () ใบรับรองของแพทย์ที่ใช้ชื่อยาหรือสิ่งอื่นที่จำเป็น จำนวน ฉบับ
- () อื่น ๆ จำนวน ฉบับ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย และไม่มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือไม่มีสิทธิได้รับบำเหน็จบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)