**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

แบบ 7131

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

สังกัด.....................................................................เบอร์โทรศัพท์.......................................................................

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 □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

□ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน..............................................................บาท (..................................................................................) และ

(1) ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

□ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2).........ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำ

กว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ….............................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..................................................................ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(...................................................................)

วันที่.............เดือน....................................พ.ศ....................

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)....................................................................

(...................................................................)

ตำแหน่ง..................................................................

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน........................................................บาท

(........................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..................................................................ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(...................................................................)

(ลงชื่อ)..................................................................ผู้จ่ายเงินสวัสดิการ

(...................................................................)

วันที่.................เดือน...........................................พ.ศ............................

**คำชี้แจง**

ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราช

กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อๆ ได้รับค่ารักษาพยาบาลตาม

สัญญาประกันภัย

ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**หมายเหตุ** ระบุหมายเลขโทรศัพท์ผู้ขอเบิกเงินสวัสดิการ........................................................

**ที่ติดใบเสร็จรับเงินสวัสดิการ**

|  |
| --- |
| ตามใบเสร็จรับเงินข้างบนนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกเพียง............................................................................บาท  (.....................................................................................) ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวข้าพเจ้าได้ทดรองจ่ายไปก่อนแล้ว  ตรวจ  ....................... ลงชื่อ.............................................................ผู้ขอเบิก  เจ้าหน้าที่ (..............................................................)  ตำแหน่ง……………………………………………………………. |