**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……………………………………………………………. |