

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้าตำแหน่ง
 สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน บาท(.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ติดใบเสร็จรับเงิน

ค่ารักษาพยาบาล

ค่าสาธารณูปโภค

ค่าการศึกษาบุตร

ค่าอื่น ๆ.....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงิน

เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

- ตัวอย่าง -

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ผู้ผูกพัน ตำแหน่ง แม่ค้าโทศัพท์
สังกัด แม่ค้าโทศัพท์

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 ตนเอง
 คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค ระบุนิโคโรค
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น จำนวนเงินตามใบเสร็จ บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน จำนวนเงินตามสิทธิ บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) *.....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 * คู่สมรส / บิดา / มารดา / บุตร มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ******.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) **ผู้ยื่น**..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) ******.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน **จำนวนเงินที่ได้ตามสิทธิ**..... บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) **ผู้ยื่น**..... ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

****** 1) กรณี ผอ. โรงเขื่อนเป็นผู้เบิก ผอ. เขตฯ เป็นผู้อนุมัติ เท่านั้น
2) กรณี ของ ผอ. โรงเขื่อน / ครู / ลูกจ้างประจำ เป็นผู้เบิก ผอ. โรงเขื่อน เป็นผู้อนุมัติ

ติดใบเสร็จรับเงิน

ค่ารักษาพยาบาล

ค่าสาธารณูปโภค

ค่าการศึกษาบุตร

ค่าอื่น ๆ.....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท (*จำนวนเงินตามใบเสร็จ*)

ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน.....บาท (*จำนวนเงินตามสัญญา*) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงินเป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....*ผู้เบิก*.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....