

- ตัวอย่าง -

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า <u>ผู้พิมพ์</u> ตำแหน่ง _____ สังกัด <u>มูลนิธิไทยศึกษา</u>
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ป่วยเป็นโรค <u>ระบบหัวใจ</u> และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น <u>จำนวนเงินตามใบเสร็จ</u> บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน <u>จำนวนเงินตามสิทธิ</u> บาท (.....) และ
(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2) *.....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input checked="" type="checkbox"/> * คู่สมรส / บิดา / มารดา / บุตร มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ******

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) **ผู้ส่ง** **ผู้ส่งเงิน** ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) ******

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน **จำนวนเงินที่ได้ตามสิทธิ์** บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) **ผู้ส่งเงิน** ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

****** 1) กรณี ผด. ใจเวียนเป็นคู่เบิก ผด. ใดๆ เป็นคู่อนุมัติ เท่านั้น
2) กรณี ของ ผด. ใจเวียน / ศพ / ลูกจ้างประจำ เป็นคู่เบิก ผด. ใจเวียน เป็นคู่อนุมัติ

ติดใบเสร็จรับเงิน

ค่ารักษาพยาบาล

ค่าสาธารณูปโภค

ค่าการศึกษาบุตร

ค่าอื่น ๆ.....

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

ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวทรงแยกจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน.....บาท (*จำนวนเงินตามสิทธิ์*) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงินเป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....*ผู้ดูแล*.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....