แบบ 7131

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

สังกัด.......................................................................................................................................................................................

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

1. ........ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านทุ่งวิมาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

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

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

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

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

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

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

6. ใบรับเงิน

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

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

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

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

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

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

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

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

**ใบติดใบเสร็จ**

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน..........ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทดรองจ่ายไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาบุตร ค่าเช่าบ้าน ค่ารักษาพยาบาล

เป็นจำนวนเงิน ...........................................บาท (......................................................................................)

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน..........................................บาท (..............................................................)

ลงชื่อ............................................ผู้ขอเบิก

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

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