โอนเข้าบัญชี ธ.กรุงไทย สาขา.....เลขที่บัญชี.....โทรศัพท์.....

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) 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 [ก]

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
   ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
   ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

   เป็นเงิน ..... บาท(.....) [ข] และ

   (1) ข้าพเจ้า
   - ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
   - ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
   - ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
   - ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

   (2) ..... [ค] ของข้าพเจ้า
   - ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
   - ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
   - ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
   - ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 12

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

(.....)

วันที่…… เดือน…… พ.ศ. .....

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)…….

(.....)

ตำแหน่ง……..…..

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..……. บาท

(…….) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ……..…….. ผู้รับเงิน

(……..…..……..)

(ลงชื่อ)……...……..ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ติดใบเสร็จรับเงิน

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)
ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวทดรองจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน
.....บาท (.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงิน
เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....