

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

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

แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(นายจรัสศักดิ์ เดชเกิด)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียน

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... บาท

(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวจิตาภา สอนสะอาด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

เอกสารประกอบการขอเบิกเงินงบประมาณค่ารักษาพยาบาล

ผู้เบิก (เบิกให้ตนเอง)

1. แบบฟอร์ม 7131
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
4. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้ (ฉบับจริง)

เบิกให้มารดา

1. แบบฟอร์ม 7131
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เบิก 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนมารดา 1 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านมารดา 1 ฉบับ
6. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้ (ฉบับจริง)

เบิกให้บิดา

1. แบบฟอร์ม 7131
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เบิก 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนบิดา 1 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านบิดา 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนสมรส 1 ฉบับ
7. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้ (ฉบับจริง)

เบิกคู่สมรส

1. แบบฟอร์ม 7131
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เบิก 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคู่สมรส 1 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านคู่สมรส 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนสมรส 1 ฉบับ
7. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้ (ฉบับจริง)

เบิกให้บุตร

1. แบบฟอร์ม 7131
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาสูติบัตร 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนบิดา 1 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านบิดา 1 ฉบับ
6. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกได้ (ฉบับจริง)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....นางสาวใจดี มีเมตตา.....ตำแหน่ง.....ครู
สังกัด.....โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา สุวินทวงศ์

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

บิดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

มารดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

บุตร ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....ท้องเสีย

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....โรงพยาบาลนครราชสีมา

1) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....1 มีนาคม 2565.....ถึงวันที่.....1 มีนาคม 2565

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....1,000.....บาท(.....หนึ่งพันบาทถ้วน.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน).....1.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) ข และ

(1) ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า ก ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา สุวินทวงศ์

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ใจดี มีเมตตา.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....นางสาวใจดี มีเมตตา.....)
วันที่.....1.....เดือน.....มีนาคม..... พ.ศ. 2565

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(นายจรัสศักดิ์ เดชเกิด)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียน

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... บาท
(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ใจดี มีเมตตา.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวใจดี มีเมตตา.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวจิตาภา สอนสะอาด)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ