แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด

1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..................................................... เลขประจำตัวประชาชน.........................................

บิดา ชื่อ…………………………………………...... เลขประจำตัวประชาชน..........................................

มารดา ชื่อ………………………………………….….. เลขประจำตัวประชาชน..........................................

บุตร ชื่อ …………………………………………..... เลขประจำตัวประชาชน.........................................

เกิดเมื่อ....................................................... เป็นบุตรลำดับที่ …………

ก

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค...........................................................................................................................................................

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) …………………………………………………………...…..

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ..........................................................ถึงวันที่

.......................................................................... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.............................................................. บาท

(……………………..….......…………………………………..) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน .................. ฉบับ

1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

ข

เป็นเงิน ................................................ บาท( …………....……………… ……..…………………….. ) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) .........ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิ

ตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ง

4. เสนอ.................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน

ที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

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

วันที่……… เดือน…………… พ.ศ. ...........

1. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)……………………………………….

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

ตำแหน่ง…………………………………..…..

1. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..………………………………………………. บาท

( ……………………………………………………………………………………………………. ) ไปถูกต้องแล้ว

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

(………………………………..….……..)

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

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

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

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

บัญชีธนาคาร ออมสิน ไทยพาณิชย์

เลขที่บัญชี………………………………………………. เบอร์โทรติดต่อ ………………………………………….

คำชี้แจง

ก ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนิต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ