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