แบบ 7131

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า............................................................................ตำแหน่ง................................................................................. สังกัด โรงเรียน................................................................................................................................................................ |
| 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 □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัยเป็นเงิน.............................................บาท (.......................................................…………………..) และ1. ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย□ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว1. ........ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย□ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |

|  |
| --- |
| 4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียน................................................................................... 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) |