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  □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย  เป็นเงิน.............................................บาท (.......................................................…………………..) และ   1. ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น   □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  □ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว   1. ........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) |