ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

**แบบ 7131**

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า ................................................................................................................. ตำแหน่ง ...............................................  สังกัด ...................................................................................................................................................................................  2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  □ ตนเอง  □ คู่สมรส ชื่อ ....................................................................เลขประจำตัวประชาชน...................................................  □ บิดา ชื่อ ....................................................................เลขประจำตัวประชาชน..................................................  □ มารดา ชื่อ ....................................................................เลขประจำตัวประชาชน...................................................  □ บุตร ชื่อ .....................................................................เลขประจำตัวประชาชน..................................................  เกิดเมื่อ ............................................. เป็นบุตรลำดับที่.............  ก  □ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ □ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  ป่วยเป็นโรค.............................................................................................................................................................................  และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)................................................................................................  ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ □ ทางราชการ □ เอกชน ตั้งแต่วันที่.................................................................ถึงวันที่  ............................................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น……………...……...…………………………...……………บาท  (...............................................................................................) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน................................ฉบับ |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  □ ตามสิทธิ □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย  ข  เป็นเงิน .................................................... บาท (..............................................................................................) และ  (1) ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  □ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  (2) ………….ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิ  ค  ตามพระราชกฤษฎีกาฯ  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |

**เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา**

ง

**ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกเงินแล้ว ถูกต้องตามระเบียบทุกประการ เห็นควรโปรดอนุมัติ**

**(ลงชื่อ) .......................................................... เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน (ลงชื่อ) ...................................................... หัวหน้างานคลัง**

**( ) (นางสาวปัณฑิตา โชติช่วง)**

**.........../............../.............. .........../............../..............**

|  |
| --- |
| 4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก  ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ) ........................................................................... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  (.........................................................................)  วันที่ ........... เดือน ............................... พ.ศ. .............. |
| 5. อนุมัติ  อนุมัติให้เบิกได้  (ลงชื่อ) .........................................................................  (........................................................................)  ตำแหน่ง........................................................................  6. ใบรับเงิน  ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .................................................................................................... บาท  (......................................................................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว    (ลงชื่อ) ..................................................................... ผู้รับเงิน  (......................................................................)  (ลงชื่อ) ..................................................................... ผู้จ่ายเงิน  (......................................................................)  วันที่ ............. เดือน ................................. พ.ศ. ................  (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) |

คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ