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 หรือเสมือนไร้ความสามารถป่วยเป็นโรค.............................................................................................................................................................................และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)................................................................................................ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ □ ทางราชการ □ เอกชน ตั้งแต่วันที่.................................................................ถึงวันที่............................................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น……………...……...…………………………...……………บาท(...............................................................................................) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน................................ฉบับ  |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล □ ตามสิทธิ □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัยข เป็นเงิน .................................................... บาท (..............................................................................................) และ (1) ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย □ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  (2) ………….ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิค ตามพระราชกฤษฎีกาฯ □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น   |

**เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา**

ง

 **ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกเงินแล้ว ถูกต้องตามระเบียบทุกประการ เห็นควรโปรดอนุมัติ**

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

 **( ) (นางสาวปัณฑิตา โชติช่วง)**

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

|  |
| --- |
| 4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย 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