**แบบ 7131**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞎 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..............................................................................ตำแหน่ง.........................................................

สังกัด.......................................................................................................................................................2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

* ตนเอง
* คู่สมรส ชื่อ................................................ เลขประจำตัวประชาชน...........................................
* บิดา ชื่อ................................................ เลขประจำตัวประชาชน...........................................
* มารดา ชื่อ................................................ เลขประจำตัวประชาชน...........................................
* บุตร ชื่อ................................................ เลขประจำตัวประชาชน...........................................

เกิดเมื่อ...................................................เป็นบุตรลำดับที่..............

🞎 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞎 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ   
ป่วยเป็นโรค............................................................................................................................................ และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล (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  
 🞎 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  
 (2) .............ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำ  
 กว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ  
 🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิผู้อื่น

**S,**

🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎

ก

ข

ค

ง

4. เสนอ.....................................................................................

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)

คำชี้แจง

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ก

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตาม  
 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่า  
 รักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ข

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ค

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ง