

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง□ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....นางณัฐชญา.....ประเสริฐสุข.....ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชี..... สังกัด.....งานคลัง.....โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)..... 1204.....(086-7549899).....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาของ ☐ ตนเอง ☒ คู่สมรส ชื่อ.....นายสมชัย.....ประเสริฐสุข.....เลขประจำตัวประชาชน.....3117549007549..... ☒ บิดา ชื่อ.....นายพิชัย.....เจริญสุข.....เลขประจำตัวประชาชน.....3119543874500..... ☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... ☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... ☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ☒ ป่วยเป็นโรค.....ปวดหลัง และปวดเข่า..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....โรงพยาบาลรามธิบดี..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☒ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....15,17,พ.ค. 2559 และ12.มิ.ย.2559.....ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....3,250.-.....บาท (.....สามพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....3.....ฉบับ
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☒ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน..... 3,250.-.....บาท (.....สามพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....)และ (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2) บิดา, คู่สมรส, ข้าพเจ้า ☒ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ..... จ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....**ณัฐญา...ประเสริฐสุข**.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....**นางณัฐญา...ประเสริฐสุข**.....)

วันที่.....**16**.....เดือน.....**มิถุนายน**.....พ.ศ..**2559**.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... **3,250.-**.....บาท
(.....**สามพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน**.....) ใ้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....**ณัฐญา...ประเสริฐสุข**.....ผู้รับเงิน

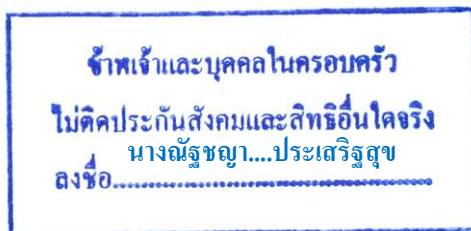
(.....**นางณัฐญา...ประเสริฐสุข**.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)



คำชี้แจง

ก ให้ระบุ ชื่อตำแหน่ง / ข้าราชการบำนาญ / ผู้รับเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี

ข ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ