แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง • พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง…….....
   สังกัด ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
   - ตนเอง
   - คู่สมรส ชื่อ…….…….. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ……
   - บิดา ชื่อ…….…….. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ……
   - มารดา ชื่อ…….…….. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ……
   - บุตร ชื่อ…….…….. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ……
     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

   (2) ..... (ค) • ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
   ของข้าพเจ้า • มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
   แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
   • มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
   • มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)…….. ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(……..)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(นายวิทูรวงศ์ทอง วิทูรางกูร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน……...….. บาท

(……..……..……) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)……..ผู้รับเงิน

(……..)

(ลงชื่อ)……..ผู้จ่ายเงิน

(……..……)

วันที่..….....เดือน……..พ.ศ……..…

คำชี้แจง

(ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

(ข) ให้มีคำชี้แจ้งด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

(ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ
ข้าพเจ้าได้ทดรองจ่ายไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ ( ) การศึกษาบุตร ( ) ค่าเช่าบ้าน ( ) ค่ารักษาพยาบาล

เป็นจำนวนเงิน .....บาท
(.....)

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน.....บาท
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน้างบใบสำคัญเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลข้าราชการครู
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด
ฎีกาที่ */25.....*
ประจำเดือน ..... *25.....*

ใบสำคัญที่	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
	ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก ของ นางสาว..... สำหรับ			
รวมเงิน (.....)				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(นายวิทูรวงศ์ทองวิทูรางกูร)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. บันทึกข้อความขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)
2. หน้างบใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน 2 ฉบับ (ผอ. ลงนามผู้เบิก)
3. แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131) พร้อมเอกสารประกอบการขอเบิก
4. กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. กรอกแบบคำขอ (แบบ 7131) ให้ครบถ้วนถูกต้อง
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่น ๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน
   - ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการ สาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ใน ใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด ค่ายานอกบัญชีหลัก แห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ที่ลงในใบเสร็จรับเงิน)
3. กรณีเบิกสำหรับตนเอง ต้องแนบเอกสารดังนี้
   - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
   - ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
4. กรณีเบิกให้บิดา ต้องแนบเอกสารดังนี้
   - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
   - สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

- สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

5. กรณีเบิกให้มารดา ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

6. กรณีเบิกให้คู่สมรส ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
- สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

7. กรณีบิดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
- กรณีเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้บุตร บุตรตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 20 ปีบริบูรณ์

8. กรณีมารดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้ - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดามีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาบันทึกการหย่าเพื่อดูว่าบุตร อยู่ในความปกครองของฝ่ายใด
- กรณีเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้บุตร บุตรตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 20 ปีบริบูรณ์