

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

๑
๒
๓

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))
ของข้าพเจ้า
- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)
(นายวิฑูรวงศ์ทอง วิฑูรังกูร)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

6. ไปรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- (ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทอดรองจ่ายไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสั้ดการเกี่ยวกับ การวิชาบุตร
ค่าเช่าบ้าน ค่ารักษาพยาบาล

เป็นจำนวนเงินบาท

(.....)

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน.....บาท

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้

ขอเบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หนังสือขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลข้าราชการครู
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดร้อยเอ็ด**

ฎีกาที่ /25.....

ประจำเดือน 25.....

| ใบสำคัญที่ | รายการ | จำนวนเงิน | รวมเงิน | หมายเหตุ |
|-------------------|---|------------------|----------------|-----------------|
| | ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ ป่วยนอก ของ นางสาว..... สำหรับ | | | |
| รวมเงิน (| | | | |
|) | | | | |

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นายวิฑูรวงศ์ทอง

วิฑูรังกูร)

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

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

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 แต่มารดาไม่ประสงค์ จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิทุกครั้ง ที่ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบ สำเนานันทนาการหย่าเพื่อดูว่าบุตร อยู่ในความปกครองของฝ่ายใด
- กรณีเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้บุตร บุตรตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 20 ปีบริบูรณ์