**แบบ 7131**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง🞎 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

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

 **สังกัด.............................................................................................................................................................................................**

**2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ**

 **🞎 ตนเอง**

 **🞎 คู่สมรส ชื่อ...................................................................เลขประจำตัวประชาชน...............................................................**

 **🞎 บิดา ชื่อ.....................................................................เลขประจำตัวประชาชน...........................................................**

 **🞎 มารดา ชื่อ.....................................................................เลขประจำตัวประชาชน...........................................................**

 **🞎 บุตร ชื่อ.....................................................................เลขประจำตัวประชาชน...........................................................**

 **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) ..........ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า**

 **สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**

 **🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น**

**4. เสนอ...........................................................................**

 **ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว**

**ตามจำนวนที่ขอเบิก 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)**