แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

 1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ

 สังกัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ตนเอง

 คู่สมรส ชื่อ.......................................................................... เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

 บิดา ชื่อ……………………………………………..... เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

 มารดา ชื่อ………………………………………….…..... เลขประจำตัวประชาชน............................................................

 บุตร ชื่อ …………………………………………........ . เลขประจำตัวประชาชน..........................................................

 เกิดเมื่อ....................................................... เป็นบุตรลำดับที่ …………

ก

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค...........................................................................................................................................................................................

 และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) …………………………………………………………………………..

 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ .......................................................................ถึงวันที่

.................................................................................... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ........... ......................................................................... บาท

(……………………..….......………………………………………..………..) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ................... ฉบับ

1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

ข

 เป็นเงิน ................................................ บาท( …………....…………………………………………..…………………….. ) และ

 (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

 (2) ...................ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตาม

 พระราชกฤษฎีกาฯ

 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ง

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

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก

ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

 (ลงชื่อ) ….....…………………………………... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

 (................................................................)

 วันที่……… เดือน…………… พ.ศ. ....................

1. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

 (ลงชื่อ)……………………………………….

 (............................................................)

 ตำแหน่ง…………………………………..…..

1. ใบรับเงิน

 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..………………………………………………………. บาท

( ……………………………………………………………………………………………………. ) ไปถูกต้องแล้ว

 (ลงชื่อ) ………………………..……………….. ผู้รับเงิน

 (………………………………..….……..)

 (ลงชื่อ)…………………………...……………..ผู้จ่ายเงิน

 (..................................................................)

 วันที่..............เดือน..............................พ.ศ.....................

 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

 บัญชีธนาคาร ออมสิน ไทยพาณิชย์

 เลขที่บัญชี……………………………………………………. เบอร์โทรติดต่อ ………………………………………….

คำชี้แจง

 ก ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

 ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

 เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

 ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

 ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ