

แจ้ง เรียนผู้อำนวยการโรงเรียน ข้าราชการครูในสังกัด สพป.ชม.5 ทุกโรงเรียน ที่ส่งเรื่องเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ให้ใช้แบบฟอร์ม แบบ 7131 ตามแบบฟอร์มด้านล่างนี้ เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบที่ถูกต้อง และโปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะเลขประจำตัวประชาชน กรุณารอให้ถูกต้อง รวมทั้งลงนามในข้อ 6 ผู้รับเงิน เนื่องจากการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการในปัจจุบันใช้ระบบการโอนเงินผ่านธนาคาร จึงต้องให้ทุกท่านที่ขอเบิกเงินสวัสดิการลงนามรับเงินมาด้วย

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด โรงเรียน.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

คนเอง

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

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

นารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

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

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

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

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท(.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เนพาส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิ์ที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เนพาส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน..... บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิ์จากทางราชการ

มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) ข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ

มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิ์ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิ์ของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก 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.....

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....บาท ข้าพเจ้าได้ทราบง่ายไปก่อนแล้ว
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกัน การศึกษานุตร ค่าเช่าบ้าน ค่าวัสดุพยาบาล
เป็นจำนวนเงินบาท (.....)
ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน.....บาท (.....)
ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
ตำแหน่ง.....