

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....(1).....ตำแหน่ง..... สังกัด	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ (2) <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก	
ป่วยเป็นโรค.....(3)..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....(4)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....(5).....ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....(6).....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....(7).....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (8) <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน.....(9).....บาท (.....) และ <input type="checkbox"/> ข	
(1) ข้าพเจ้า (10) <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว <input type="checkbox"/> ค	
(2) ... (11).....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น	

4. เสนอ

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... (12).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... (13).....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... (14).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อลงมือได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

คำอธิบายการกรอกแบบฟอร์มการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131

(1) ข้าพเจ้า.....	ให้ระบุ ชื่อ ตำแหน่ง และ สังกัด ของผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
(2) ขอเบิกเงินสวัสดิการของ.....	ให้ระบุ การขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ตนเอง คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร พร้อมระบุ ชื่อ และเลขประจำตัวประชาชน (กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตร ให้ระบุ วันเดือนปีเกิดของบุตร และ เป็นบุตรลำดับที่
(3) ป่วยเป็นโรค.....	ให้ระบุ ชื่อโรคที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
(4) ได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก.....	ให้ระบุ ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
(5) ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....	ให้ระบุ วันที่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล ถึง วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล
(6) เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....	ให้ระบุ จำนวนเงินรวมทั้งสิ้นในใบเสร็จรับเงิน
(7) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ..... จำนวน.....ฉบับ	ให้ระบุจำนวนใบเสร็จ ที่นำมาแนบเพื่อเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
(8) ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล.....	ให้ระบุ เครื่องหมาย ✓ ในช่องตามสิทธิที่ได้รับ <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
(9) เป็นเงิน.....บาท	ให้ระบุ จำนวนเงิน ที่ได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พร้อมระบุตัวอักษรในช่องวงเล็บ

<p>(10) ข้าพเจ้า.....</p>	<p>ให้ระบุ เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในช่องตามสิทธิที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p>แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p>
<p>(11) ข้าพเจ้า.....</p>	<p>ให้ระบุ คำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร แล้วแต่กรณี และใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในช่องตามสิทธิที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p>แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>
<p>(12) ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p>	<p>ให้ผู้มีสิทธิ ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553</p>

<p>(13) ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....</p>	<p>ให้ระบุ จำนวนเงินที่ได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลตาม พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 พร้อมระบุตัวอักษรในช่องวงเล็บ</p>
<p>(14) ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน</p>	<p>ให้ผู้มีสิทธิ ลงชื่อ ผู้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553</p>

ตัวอย่าง

การกรอกข้อมูลใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ7131) ของผู้มีสิทธิที่มีหลักฐาน
ใบเสร็จรับเงิน มากกว่า 1 ฉบับ

นางดวงดาว สดใส (ผู้มีสิทธิ) ป่วยเป็นโรคปวดหลัง เข้าตรวจรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์
เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ใบเสร็จรับเงิน จำนวนเงิน 350 บาท เบิกได้ตามสิทธิ จำนวน 250 บาท และ

นางตะวัน ยอดมณี (มารดาของ นางดวงดาว สดใส ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว) ป่วยเป็นโรคปวดขา เข้ารับการ
ตรวจรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

- เข้าตรวจรักษา ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2566 ใบเสร็จรับเงิน จำนวนเงิน 500 บาท
- เข้าตรวจรักษา ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2566 ใบเสร็จรับเงิน จำนวนเงิน 800 บาท

โดยใบเสร็จรับเงินทั้ง 2 ฉบับ รวมเป็นจำนวนเงิน 1,300 บาท เบิกได้ตามสิทธิ จำนวนเงิน 1,000 บาท

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....นางดวงดาว สดใส.....ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชี..... สังกัดกองคลัง สำนักงานอธิการบดี.....	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
<input checked="" type="checkbox"/> ตนเอง	
<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
<input checked="" type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....นางตะวัน ยอดมณี.....เลขประจำตัวประชาชน.....1-6599-00053-66-2.....	
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....	
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก
ป่วยเป็นโรค.....ปวดหลัง, ปวดขา.....	
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์.....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input checked="" type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....1 ตุลาคม 2566.....ถึงวันที่.....8 ตุลาคม 2566.....	
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....1,650.....บาท (.....หนึ่งพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....)	
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....3.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
<input checked="" type="checkbox"/> ตามสิทธิ	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน.....1,250.....บาท (.....หนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....) และ ข	
(1) ข้าพเจ้า	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
ค	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2) ...มารดา...ข้าพเจ้า	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ดวงดาว สดใส.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....นางดวงดาว สดใส.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....1,250.....บาท

(.....หนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ดวงดาว สดใส.....ผู้รับเงิน

(.....นางดวงดาว สดใส.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราช
- ง กฎฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญา ประกันภัยให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี
- ค ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ