

รายการจัดส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

โรงเรียน.....

ชื่อ – สกุล ผู้ขอเบิกตำแหน่ง

รายการ	โรงเรียน เอกสารครบถ้วน		สำนักงานเขต ฯ เอกสารครบถ้วน		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
1. แบบค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131					
2. ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ					
3. เอกสารแนบกับใบเสร็จ เช่น					
3.1 หนังสือรับรองการใช้จ่ายนอกจำนวน.....ฉบับ					
3.2 บัญชีแสดงรายละเอียดจำนวนเงินการใช้จ่ายนอก จำนวน.....ฉบับ					
3.3 บัญชีแสดงรายการตรวจรักษา ค่ารักษา จำนวน.....ฉบับ					
3.4 บัญชีแนบทำยาค่าตรวจสุขภาพประจำปี					
3.5 หนังสือรับรองการใช้อวัยวะเทียม					
4. ที่ติดใบเสร็จ					
5. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....					

(ลงชื่อ)ผู้จัดทำ/ผู้ขอเบิก

(.....)

..... โทรศัพท์

.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(การเงิน สพป.แพร่ เขต 2)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า	ตำแหน่ง	
	สังกัด		
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ		
	<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.....		
	และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)		
	ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่		
 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท		
	(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ		
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล		
	<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น		
	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย		
	เป็นเงิน บาท(.....) และ <input type="checkbox"/> ข		
(1)	ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น	
		<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ	
		<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
	<input type="checkbox"/> ก	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว	
(2)ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น	
		<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ	
		<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
		<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น	

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความขังต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... เบอร์โทรศัพท์.....

ติดใบเสร็จรับเงิน

ค่ารักษาพยาบาล

ค่าสาธารณูปโภค

ค่าการศึกษาบุตร

ค่าอื่น ๆ.....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)
ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว และข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น
.....บาท (.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงิน
เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งจำนวนตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....