



ที่ ศธ/.....

โรงเรียน.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 3

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบบงการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวน ฉบับ
2. เอกสารหลักฐานการขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน ฉบับ

ด้วยโรงเรียน.....ขอส่งหลักฐานการขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่า
รักษาพยาบาลประจำเดือน.....พ.ศ.....จำนวน.....ราย จำนวนเงิน
.....บาท(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงาน.....

โทร

เบอร์โทรศัพท์(มือถือ)เจ้าหน้าที่การเงิน.....

โทรสาร

หนังสือใบสำคัญ เงินสวัสดิการข้าราชการ

ประกอบหนังสือโรงเรียน.....ที่ ศธ...../.....ลงวันที่.....

ประกอบฎีกาที่...../.....ประจำเดือน.....

ใบสำคัญที่	รายการ	จำนวน		รวมเงิน		หมายเหตุ
	รวมเงินทั้งสิ้น					

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ตรวจถูกต้อง

.....

เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียน.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แบบ 7131

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....</p>
<p>2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p style="margin-left: 40px;">เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ป่วยเป็นโรค.....</p> <p>และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....</p> <p>ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท</p> <p>(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ</p>
<p>3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....บาท (.....) และ</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2).....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>

4. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 3

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อๆ ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หมายเหตุ โอนเงินเข้าบัญชีเงินเดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

(ติดใบเสร็จรับเงิน/วัน ห้ามติดรวมกัน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้จ่ายเป็นเงินค่า.....จริง

เป็นเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับเงินค่า.....ตามสิทธิ์ที่ได้รับคือ เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ซึ่งได้จ่ายไปก่อนแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

เอกสารประกอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ผู้มีสิทธิ ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว / ชื่อสกุล (ถ้ามี)

บุคคลในครอบครัว

บิดา ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้านของ**ผู้มีสิทธิ**
- สำเนาใบสำคัญการสมรสของบิดา หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบิดา (ถ้ามี)

มารดา ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้านของ**ผู้มีสิทธิ**
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของมารดา (ถ้ามี)

คู่สมรส ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
- สำเนาใบสำคัญการสมรสของ**ผู้มีสิทธิ**กับคู่สมรส หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของคู่สมรส (ถ้ามี)

บุตร ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง(ทุกฉบับ)

- สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ สำเนาสูติบัตร
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบุตร
- (กรณี**ผู้มีสิทธิ**เบิกเป็นบิดา) สำเนาใบสำคัญการสมรสของ**ผู้มีสิทธิ**กับคู่สมรสหรือสำเนาใบสำคัญการหย่า