



ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ที่ ศธ/.....

โรงเรียน.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 3

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หนังสือเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน ฉบับ
2. เอกสารหลักฐานการขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน ฉบับ

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงาน.....

โทร

เบอร์โทรศัพท์(มือถือ)เจ้าหน้าที่การเงิน.....

โทรสาร

หนังสือใบสำคัญ เงินสวัสดิการข้าราชการพยาบาล

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

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 ป่วยเป็นโรค..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน.....บาท (.....) และ (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2).....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

<p>4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียน.....</p> <p style="text-align: center;">ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความขังต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p style="text-align: center;">ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....)</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....)</p> <p style="text-align: right;">วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>

คำชี้แจง

- ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราช
กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อๆ ได้รับค่ารักษาพยาบาลตาม
สัญญาประกันภัย
- ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หมายเหตุ โอนเงินเข้าบัญชีเงินเดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

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 สำเนาทะเบียนบ้านของ**คู่สมรส**
 - สำเนาใบสำคัญการสมรสของ**ผู้มีสิทธิ**กับ**คู่สมรส** หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า
 - สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของ**คู่สมรส** (ถ้ามี)

- บุตร** ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง(ทุกฉบับ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ สำเนาสูติบัตร
 - สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบุตร
 - (กรณี**ผู้มีสิทธิ**เบิกเป็นบิดา) สำเนาใบสำคัญการสมรสของ**ผู้มีสิทธิ**กับ**คู่สมรส**หรือสำเนาใบสำคัญการหย่า