

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... โรงเรียน.....สังกัด..... สพป.ขอนแก่น เขต 5 .....
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..... <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน.....บาท (.....) และ (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว <input checked="" type="checkbox"/> (2) .....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ .....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก 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.....

### คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิ์เพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

## ใบมอบฉันทะ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต ๕

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงเรียน.....สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต ๕ จังหวัด ขอนแก่น

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

๑.  เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร จำนวน.....บาท

(.....)

๒.  เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

















(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)



















\* ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบฉันทะและผู้รับมอบฉันทะ พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

## เอกสารขอเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบเบิก 7131)

**กรณีผู้หญิง** ใช้สิทธิในการขอเบิกสวัสดิการ \*\*\* สำเนาบัตรข้าราชการเจ้าของสิทธิ

 บุตร 	สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
 มารดา 	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิ
 บิดา 	สำเนาทะเบียนบ้าน <u>เจ้า</u> ของสิทธิ
 บิดา 	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิ
 บิดา 	สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา-มารดา
 บิดา 	สำเนาทะเบียนบ้าน <u>เจ้า</u> ของสิทธิ
 คู่สมรส 	สำเนาทะเบียนสมรส
 คู่สมรส 	สำเนาบัตรประชาชน

**กรณีผู้ชาย** ใช้สิทธิในการขอเบิกสวัสดิการ \*\*\* สำเนาบัตรข้าราชการเจ้าของสิทธิ

 บุตร 	สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
 บุตร 	สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ใช้สิทธิ
 มารดา 	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิ
 มารดา 	สำเนาทะเบียนบ้าน <u>เจ้า</u> ของสิทธิ
 บิดา 	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิ
 บิดา 	สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา-มารดา
 บิดา 	สำเนาทะเบียนบ้าน <u>เจ้า</u> ของสิทธิ
 คู่สมรส 	สำเนาทะเบียนสมรส
 คู่สมรส 	สำเนาบัตรประชาชน

### หมายเหตุ

- ในการเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรราชการเจ้าของสิทธิทุกครั้ง