แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า................................................................ตำแหน่ง......................................................................................

สังกัด........................................................................................................................................................................

1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ.......................................................... เลขประจำตัวประชาชน.......................................................

บิดา ชื่อ……………………………………............... เลขประจำตัวประชาชน.......................................................

มารดา ชื่อ………………………………………..……..... เลขประจำตัวประชาชน..........................................................

บุตร ชื่อ …………………………………..…............ เลขประจำตัวประชาชน..........................................................

เกิดเมื่อ....................................................... เป็นบุตรลำดับที่ …………

ก

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค........................(ระบุโรค).....................................................................................................................................

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) ………(ระบุชื่อโรงพยาบาล)………………………………………………..

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ...............(ระบุวันที่).............................

ถึงวันที่ ......................................................................... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..........(จำนวนเงินตามใบเสร็จ)............. บาท

(……………………..….......………………………………………..………..) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ................... ฉบับ

1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

ข

เป็นเงิน ..........(จำนวนเงินที่เบิกได้ตามสิทธิ)................ บาท ( …………....…………….…………………….. ) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) ...............ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตาม

พระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ระบุ บิดา / มารดา / บุตร หรือ คู่สมรส

4. เสนอ ……………………………………

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก

ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ….....…………………………………... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(......................................................)

วันที่……… เดือน…………… พ.ศ. ....................

1. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้ (ตามคำสั่ง สพฐ.ที่ 565/2561 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561)

(ลงชื่อ)……………………………………….

(...................................................)

ตำแหน่ง…………………………………..…..

1. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..………………………………………………………. บาท

( ……………………………………………………………………………………………………. ) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ………………………..……………….. ผู้รับเงิน

(………………………………..….……..)

(ลงชื่อ)…………………………...……………..ผู้จ่ายเงิน

(..................................................)

ติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน................ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทดรองจ่ายไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ ( ) การศึกษาของบุตร ( ) ค่ารักษาพยาบาล ( ) ค่าเช่าบ้าน

เป็นจำนวนเงิน.............................บาท (...............................................................................................................)

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน.........................บาท (..............................................................................)

จำนวนเงินที่เบิกตามสิทธิ

ลงชื่อ......................................................ผู้จ่ายเงิน

ลงชื่อ......................................................เจ้าหน้าที่

**หลักฐานประกอบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล**

1. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
2. ทะเบียนของบุตร (กรณีเบิกให้บุตร – รับรองสำเนา)
3. ทะเบียนบ้านผู้ใช้สิทธิ (กรณีเบิกให้บิดามารดา – รับรองสำเนา)
4. ทะเบียนสมรส (กรณีเบิกให้คู่สมรส – รับรองสำเนา)

**หลักฐานประกอบการเบิกสวัสดิการค่าศึกษาบุตร**

1. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)

2. ทะเบียนบ้านของบุตรที่ขอเบิก (รับรองสำเนา)

3. หนังสือรับรองให้โรงเรียนเก็บเงินบำรุงการศึกษา

4. หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิของผู้เบิก (ถ้ามี)

4.1 หนังสือแจ้งการใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการการศึกษาของบุตร

แบบ 7210

4.2 หนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิ แบบ 7211

**ตัวอย่างการขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร**

1. กรอกแบบ 7223 และรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง (ข้อ 1 – 3)



**2. กรอกชื่อ – สกุล วันเดือนปีเกิด ชื่อสถานศึกษา ชั้นปีที่ศึกษา ของบุตร (ข้อ 4)**

**ประเภท เงินบำรุงการศึกษา (สถานศึกษาของราชการ)**

**ประเภท เงินค่าเล่าเรียน (สถานศึกษาของเอกชน)**



**3. ระบุจำนวนที่ขอรับเงิน ระบุการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงิน**

**สวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร(ข้อ 5-6) และลงชื่อผู้ขอรับสวัสดิการ**



1. **คำอนุมัติ ให้เบิกได้ (ข้อ 7) เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ**

**กรณี ผู้เบิกเป็นข้าราชการครูและลูกจ้างประจำ ให้ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้ อนุมัติ**

**กรณี ผู้เบิกเป็นผู้อำนวยการโรงเรียน ให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา**

**ประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1 เป็นผู้อนุมัติ**

(ตามคำสั่ง สพฐ. 565/25561 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561 เรื่อง มอบอำนาจอนุมัติการเบิกเงินค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร)



1. **ระบุจำนวนเงินที่ขอรับ พร้อมลงลายมือชื่อผู้รับเงิน (ข้อ 8)**

