**3แบบ 7131**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง🞎 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

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

**สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพิจิตร**

**2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ**

**🞎 ตนเอง**

**🞎 คู่สมรส ชื่อ......................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................**

**🞎 บิดา ชื่อ.......................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................**

**🞎 มารดา ชื่อ.......................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................**

**🞎 บุตร ชื่อ.......................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................................**

**เกิดเมื่อ................................................เป็นบุตรลำดับที่.....................**

**🞎 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞎 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ**

**ป่วยเป็นโรค....................................................................................................................................................................**

**และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล)........................................................................................**

**ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ 🞎 ทางราชการ 🞎 เอกชน ตั้งแต่วันที่..............................................................ถึงวันที่**

**.....................................................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น...............................................................................บาท**

**(..........................................................................................................)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..............ฉบับ**

**3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**🞎 ตามสิทธิ 🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น**

**🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย**

**เป็นเงิน..........................................................บาท (.............................................................................................) และ**

**(1) ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น**

**🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ**

**🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**

**🞎 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว**

**(2) ........ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น**

**🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า**

**สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ**

**🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย**

**🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น**

**4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียนบางมูลนากภูมิวิทยาคม**

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว**

**ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ**

**ลงชื่อ................................................................ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ**

**(...............................................................)**

**วันที่...........เดือน.....................พ.ศ............**

**5. คำอนุมัติ**

**อนุมัติให้เบิกได้**

**ลงชื่อ....................................................................**

**(นายปัญญา บุญคง)**

**ผู้อำนวยการโรงเรียนบางมูลนากภูมิวิทยาคม**

**6. ใบรับเงิน**

**ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน....................................................บาท**

**(.........................................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว**

**ลงชื่อ...............................................................ผู้รับเงิน**

**(..............................................................)**

**ลงชื่อ...............................................................ผู้จ่ายเงิน**

**(นางกองแก้ว จุลพันธ์)**

**วันที่...........เดือน.....................พ.ศ............**

**(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)**

**ใบเสร็จรับเงิน จำนวน......ใบ**

**เลขบัญชีธนาคาร................................................................**