ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

**แบบ 7131**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞎 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. **ข้าพเจ้า ตำแหน่ง**

สังกัดคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

🞎 ตนเอง

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

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

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

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

เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่

🞎 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞎 เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล) .

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ 🞎 ทางราชการ 🞎 เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น  บาท **( )**

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวนฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

🞎 ตามสิทธิ 🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน บาท **( )** และ

1. ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

🞎 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

1. ............. ข้าพเจ้า 🞎 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตาม

พระราชกฤษฎีกาฯ

🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

🞎 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

|  |
| --- |
| **4.** เสนอ  **คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์**  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก  ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ)  **ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ**  **( )**  **วันที่ เดือน พ.ศ 2556**  **5.** คำอนุมัติ  อนุมัติให้เบิกได้  (ลงชื่อ).....................................................................................  **(ศาสตราจารย์ ดร.วีระพงศ์ ปรัชชญาสิทธิกุล)**  **ตำแหน่ง คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์** |
| **6.** ใบรับเงิน  ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท  (  ) ไว้ถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน  ( )  (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน  (นางสาววาทินี วราเดชสถิตวงศ์)  วันที่ เดือน พ.ศ.  (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) |

## คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและยังขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ