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.** คำอนุมัติอนุมัติให้เบิกได้ (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