

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แบบ 7105

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า ชื่อ .....  คู่สมรส ชื่อ .....

บิดา ชื่อ .....  มารดา ชื่อ .....

บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนบุตรลำดับที่..... ชื่อ .....

เกิดเมื่อ ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ .....

ป่วยเป็นโรค .....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่ ..... รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท(.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน .....บาท () และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงผู้เดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/> จ</p> <p>เสนอ .....</p> <p>ข้าพเจ้า .....</p> <p>ตำแหน่ง .....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง .....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
---	---

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....บาท  
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

- คำชี้แจง**
- ก ถ้าเป็นข้าราชการบ้านาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบ้านาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
  - ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
  - ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่อาศัยเท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล
  - ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
  - จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ