**แบบ 7131**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า........................................................................................ตำแหน่ง...................................................................  สังกัด............................................................................................................................................................................. |
| 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  □ ตนเอง  □ คู่สมรส ชื่อ....................................................................เลขประจำตัวประชาชน..................................................  □ บิดา ชื่อ.....................................................................เลขประจำตัวประชาชน..................................................  □ มารดา ชื่อ.....................................................................เลขประจำตัวประชาชน..................................................  □ บุตร ชื่อ.....................................................................เลขประจำตัวประชาชน..................................................  เกิดเมื่อ..............................................................เป็นบุตรลำดับที่..............................................................  □ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ □ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)  ป่วยเป็นโรค.......................................................................................................................................................................  และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..........................................................................................  ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ □ ทางราชการ □ เอกชน ตั้งแต่วันที่.............................................................  ถึงวันที่.............................................................................................รวมเป็นเงินทั้งสิ้น...............................................บาท  (.....................................................................................................) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน......................ฉบับ |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  □ ตามสิทธิ □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย  เป็นเงิน........................................บาท (...........................................................................................................(ข)....) และ   1. ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น   □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  □ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว   1. .........(ค).....ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น   □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ  ต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |

|  |
| --- |
| 4. เสนอ อธิบดีกรมทรัพยากรน้ำ (ง)  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฏหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ)............................................................ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  (...........................................................)  ตำแหน่ง.......................................................... |
| 5. คำอนุมัติ  อนุมัติให้เบิกได้  (ลงชื่อ)...........................................................  (.........................................................)  ตำแหน่ง......................................................... |
| 6. ใบรับเงิน  ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน ................................................................บาท  (........................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ) ...................................................... ผู้รับเงิน  (.....................................................)  (ลงชื่อ) ...................................................... ผู้จ่ายเงิน  (.....................................................)  **(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)** |

คำชี้แจง

(ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

(ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงิน

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

(ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร และแต่กรณี

(ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ