**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 □ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัยเป็นเงิน........................................บาท (...........................................................................................................(ข)....) และ1. ข้าพเจ้า □ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

 □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ □ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย □ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว1. .........(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