

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|     |                                                                                                                              |          |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1.  | ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....                                                                                                    |          |
|     | สังกัด .....                                                                                                                 |          |
| 2.  | ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ                                                                                                  |          |
|     | <input type="checkbox"/> ตนเอง                                                                                               |          |
|     | <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....                                                            |          |
|     | <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....                                                               |          |
|     | <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....                                                              |          |
|     | <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....                                                               |          |
|     | เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....                                                                                          |          |
|     | <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ          | <b>ก</b> |
|     | ป่วยเป็นโรค.....                                                                                                             |          |
|     | และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....                                                                     |          |
|     | ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....     |          |
|     | เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)                                                                                          |          |
|     | ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ                                                                                       |          |
| 3.  | ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล                                 |          |
|     | <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น               |          |
|     | <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย                                                                |          |
|     | เป็นเงิน.....บาท (.....)                                                                                                     | <b>ข</b> |
| (1) | ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                              |          |
|     | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ                              |          |
|     | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย                                                        |          |
|     | <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว                                        |          |
|     | <b>ค</b>                                                                                                                     |          |
| (2) | .....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                         |          |
|     | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ |          |
|     | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย                                                        |          |
|     | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น                         |          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. เสนอ .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">           ง         </div> | <p style="text-align: center;">ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> |
| 5. คำอนุมัติ <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6. ใบรับเงิน <p style="text-align: center;">ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท</p> <p style="text-align: center;">(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### คำชี้แจง

- ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี
- ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. เสนอ .....                                                                                                                                               | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">           ง         </div> |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ |                                                                                                                                                                           |
| (ลงชื่อ)..... (12).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ<br>(.....)<br>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                                                    |                                                                                                                                                                           |

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5. คำอนุมัติ<br><br>อนุมัติให้เบิกได้<br><br>(ลงชื่อ).....<br>(.....)<br>ตำแหน่ง..... |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6. ใบรับเงิน<br><br>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... (13).....บาท<br>(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว<br><br>(ลงชื่อ)..... (14).....ผู้รับเงิน<br>(.....)<br>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน<br>(.....)<br>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....<br>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### คำชี้แจง

- ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี
- ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**คำอธิบายการกรอกแบบฟอร์มการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131**

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) ข้าพเจ้า.....                                                                                   | ให้ระบุ ชื่อ ตำแหน่ง และ สังกัด ของผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                             |
| (2) ขอเบิกเงินสวัสดิการของ.....                                                                     | ให้ระบุ การขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ตนเอง คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร พร้อมระบุ ชื่อ และเลขประจำตัวประชาชน (กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตร ให้ระบุ วันเดือนปีเกิดของบุตร และ เป็นบุตรลำดับที่                                                                                                                        |
| (3) ป่วยเป็นโรค.....                                                                                | ให้ระบุ ชื่อโรคที่เข้ารับการรักษายาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| (4) ได้เข้ารับการตรวจรักษายาบาลจาก.....                                                             | ให้ระบุ ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษายาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| (5) ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....                                                                | ให้ระบุ วันที่เริ่มเข้ารับการรักษายาบาล ถึง วันที่สิ้นสุดการรักษายาบาลจากโรงพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                      |
| (6) เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....                                                                        | ให้ระบุ จำนวนเงินรวมทั้งสิ้นในใบเสร็จรับเงิน                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (7) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ.....<br>จำนวน.....ฉบับ                                                  | ให้ระบุจำนวนใบเสร็จ ที่นำมาแนบเพื่อเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                      |
| (8) ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล..... | ให้ระบุ เครื่องหมาย  ในช่องตามสิทธิที่ได้รับ<br><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ<br><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น<br><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย |
| (9) เป็นเงิน.....บาท                                                                                | ให้ระบุ จำนวนเงิน ที่ได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 พร้อมระบุตัวอักษรในช่องวงเล็บ                                                                                                                                                                           |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(10) ข้าพเจ้า.....</p>                    | <p>ให้ระบุ เครื่องหมาย  ในช่องตามสิทธิที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p>แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p>                                                                                                |
| <p>(11) ข้าพเจ้า.....</p>                    | <p>ให้ระบุ คำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร แล้วแต่กรณี และใส่เครื่องหมาย  ในช่องตามสิทธิที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p>แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p> |
| <p>(12) ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p> | <p>ให้ผู้มีสิทธิ ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                               |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (13) ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล<br>จำนวน..... | ให้ระบุ จำนวนเงินที่ได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลตาม<br>พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล<br>พ.ศ.2553 พร้อมระบุตัวอักษรในช่องวงเล็บ |
| (14) ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน                                    | ให้ผู้มีสิทธิ ลงชื่อ ผู้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล<br>ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล<br>พ.ศ. 2553                         |

\*\*\*\*\*

## ตัวอย่าง

การกรอกข้อมูลใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ7131) ของผู้มีสิทธิที่มีหลักฐาน  
ใบเสร็จรับเงิน มากกว่า 1 ฉบับ

นางดวงดาว สดใส (ผู้มีสิทธิ) ป่วยเป็นโรคปวดหลัง เข้าตรวจรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์  
เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ใบเสร็จรับเงิน จำนวนเงิน 350 บาท เบิกได้ตามสิทธิ จำนวน 250 บาท และ

นางตะวัน ยอดมณี (มารดาของ นางดวงดาว สดใส ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว) ป่วยเป็นโรคปวดขา เข้ารับการ  
ตรวจรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

- เข้าตรวจรักษา ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2566 ใบเสร็จรับเงิน จำนวนเงิน 500 บาท
- เข้าตรวจรักษา ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2566 ใบเสร็จรับเงิน จำนวนเงิน 800 บาท

โดยใบเสร็จรับเงินทั้ง 2 ฉบับ รวมเป็นจำนวนเงิน 1,300 บาท เบิกได้ตามสิทธิ จำนวนเงิน 1,000 บาท

\*\*\*\*\*



## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ข้าพเจ้า.....นางดวงดาว สดใส.....ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชี.....<br>สังกัด .....กองคลัง สำนักงานอธิการบดี.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ<br><div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> ตนเอง         </div> <div> <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....         </div> <div> <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....         </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....นางตะวัน ยอดมณี.....เลขประจำตัวประชาชน.....1-6599-00053-66-2.....         </div> <div> <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....<br/>         เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ</span> <span><input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">ก</div> </div> <p>ป่วยเป็นโรค.....ปวดหลัง, ปวดขา.....</p> <p>และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์.....</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input checked="" type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....1 ตุลาคม 2566.....ถึงวันที่.....8 ตุลาคม 2566.....</p> <p>เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....1,650.....บาท (.....หนึ่งพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....)</p> <p>ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....3.....ฉบับ</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> ตามสิทธิ         </div> <div> <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย         </div> </div> <p>เป็นเงิน.....1,250.....บาท (.....หนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....) และ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">ข</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="width: 20%;">           (1) ข้าพเจ้า         </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น<br/> <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ<br/> <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย<br/> <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="width: 20%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">ค</div> </div> <div>           (2) ...มารดา...ข้าพเจ้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น<br/> <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ<br/> <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย<br/> <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น         </div> </div> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>4. เสนอ .....</p> <p style="text-align: center;">ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ดวงดาว สดใส.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ<br/>(.....นางดวงดาว สดใส.....)<br/>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">ง</div> |
| <p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....<br/>(.....)<br/>ตำแหน่ง.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |
| <p>6. ใบรับเงิน</p> <p style="text-align: center;">ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....1,250.....บาท<br/>(.....หนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ดวงดาว สดใส.....ผู้รับเงิน<br/>(.....นางดวงดาว สดใส.....)<br/>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน<br/>(.....)<br/>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....<br/>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> |                                                                                                                                                       |

**คำชี้แจง**

- ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราช
- ง

กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัยให้เดิมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี
- ค

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ