

การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

1. เอกสารประกอบการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

- 1.1 ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131 ให้พิมพ์หน้า-หลัง)
- 1.2 ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง พร้อมเอกสารประกอบของโรงพยาบาล
- 1.3 กรณีเบิกให้ **ตนเอง** ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
- 1.4 กรณีเบิกให้ **มารดา** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
- 1.5 กรณีเบิกให้ **บิดา** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
 - สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา-มารดา หรือสำเนาหนังสือรับรองบุตร
- 1.6 กรณีเบิกให้ **คู่สมรส** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
 - สำเนาทะเบียนสมรส
- 1.5 กรณีเบิกให้ **บุตร** ต้องแนบเอกสารดังนี้ (เบิกได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 20 ปีบริบูรณ์)
 - 1.5.1 กรณี **บิดา เป็นฝ่ายเบิก** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
 - สำเนาสูติบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาหนังสือรับรองบุตร
 - 1.5.2 กรณี **มารดา เป็นฝ่ายเบิก** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
 - สำเนาสูติบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร

2. การลงชื่อในใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

- 2.1 ผู้เบิก ลงชื่อผู้ขอรับสวัสดิการตามข้อ 4 และลงชื่อผู้รับเงินตามข้อ 6
- 2.2 การอนุมัติตามข้อ 5 (สำหรับข้าราชการครูและลูกจ้างประจำของโรงเรียน)

กรณี **ข้าราชการครูหรือลูกจ้างประจำ**เป็นผู้เบิก ให้ผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นผู้อนุมัติตามข้อ 5

กรณี **ผู้อำนวยการโรงเรียน**เป็นผู้เบิก ให้รองผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นผู้อนุมัติตามข้อ 5

กรณี **โรงเรียนไม่มีรองผู้อำนวยการโรงเรียน** ให้ข้าราชการครูที่เป็นเจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียนเป็นผู้อนุมัติตามข้อ 5

หมายเหตุ ผู้รับบำนาญไม่ต้องลงชื่อผู้อนุมัติตามข้อ 5

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุตรดิตถ์ เขต 1

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- ก
- (2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการ โรงเรียน.....



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

เบอร์โทรศัพท์.....ผู้เบิก

การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

1. เอกสารประกอบการเบิกเงินค่าการศึกษาของบุตร (เบิกได้ตั้งแต่อายุ 3 ปีบริบูรณ์ จนถึง 25 ปีบริบูรณ์)

1.1 ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร (แบบ 7223 ให้พิมพ์หน้า-หลัง)

1.2 ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง พร้อมเอกสารประกอบของโรงเรียน

กรณีที่ 1 สถานศึกษาของทางราชการ

- ประกาศการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการศึกษาหรือหนังสือรับรองการเก็บเงินบำรุงการศึกษา

กรณีที่ 2 สถานศึกษาของเอกชน

- ประกาศการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการศึกษาหรือหนังสือรับรองการเก็บเงินบำรุงการศึกษา

- หนังสืออนุญาตเปิดสถานศึกษา

1.3 สำเนาบัตรข้าราชการหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก

1.4 สำเนาสูติบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร

1.5 สำเนาทะเบียนสมรสหรือสำเนาหนังสือรับรองบุตร

2. การลงชื่อในใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร (แบบ 7223)

2.1 ผู้เบิก ลงชื่อผู้ขอรับสวัสดิการตามข้อ 6 และลงชื่อผู้รับเงินตามข้อ 8

2.2 การอนุมัติตามข้อ 7 (สำหรับข้าราชการครูและลูกจ้างประจำของโรงเรียน)

กรณี ผู้อำนวยการโรงเรียน ข้าราชการครูหรือลูกจ้างประจำเป็นผู้เบิก ให้ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงิน

หมายเหตุ ผู้รับบำนาญไม่ต้องลงชื่อผู้อนุมัติตามข้อ 7

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุตรดิตถ์ เขต 1
2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง.....สังกัด.....
3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาขอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา
4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท
(.....) ก

6. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียน..... ข

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความ
ที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น

กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ
จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก

ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

เบอร์โทรศัพท์.....ผู้เบิก