

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ 7105

โทรศัพท์.....

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง ☐ ก.....สังกัด..... 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ บิดา ชื่อ..... ☐ คู่สมรส ชื่อ..... ☐ มารดา ชื่อ..... ☐ บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ข ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... ป่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดสิทธิ ☐ ค เป็นเงิน.....บาท (.....) และ (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2) คู่สมรส ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ของข้าพเจ้า ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด..... ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง..... สังกัด..... ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ (3) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ ☐ ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
--	---

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา จ เสนอ ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ)..... (.....)	5. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ก

 ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- ข

 กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค

 ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง

 ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตรแล้วแต่กรณี
- จ

 ให้เสนอต่อผู้อำนวยการอนุมัติ