

# ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แบบ 7105

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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  ก

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือ  
ราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรส  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ของข้าพเจ้า  เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น  
ตำแหน่ง..... สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ..... ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือ  
ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/></p> <p>เสนอ .....</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจ ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....</p> <p>(.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....</p> <p>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>	

**คำชี้แจง**

ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี

กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตรแล้วแต่กรณี

ให้เสนอต่อผู้อำนวยการอนุมัติ