

# ตัวอย่างการกรอกเอกสาร

รับราชการ งบคลัง เบื้องหน้า.....  
งบพิเศษ เมื่อวันที่.....

แบบ 7131

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

FM-BUD-09

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า นางสาวธรรมศาสตร์ รัสสิต ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ  
สังกัด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เบอร์โทร 081xxxxx

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  
 ตนเอง เลขประจำตัวประชาชน 9876543210987  
 คู่สมรส ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....  
 บิดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....  
 มารดา ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....  
 บุตร ชื่อ ..... เลขประจำตัวประชาชน.....  
 เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....  
 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  ก

ป่วยเป็นโรค ปวดเข่า...ขอเข่าเสื่อม.....  
 และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์  
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่  
 10 มีนาคม 2565 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 600 บาท  
 (.....หกกร้อยบาทถ้วน.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน 4 ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
 ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย.....  ข

เป็นเงิน 600 บาท (.....หกกร้อยบาทถ้วน.....) และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)  ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า  
 สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ <sup>๒</sup> ผู้อำนวยการกองคลัง  ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
นางสาวธรรมศาสตร์ ริงสิต  
วันที่ 8 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

6. โบนัส

<sup>๒</sup> ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน 600 บาท  
(หก ร้อย บาทถ้วน) วัตถุประสงค์แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)  
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ





เล่มที่ 0038

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์  
 99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง ปทุมธานี 12120  
 โทร. 02-584-4440-9 ต่อ 7605  
 เลขประจำตัวผู้ป่วย.....0002735.....



เลขที่ 018977

ใบเสร็จรับเงิน  
 คลินิกการแพทย์ผสมผสาน

ชื่อ-สกุล..... วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565.....

รายการ	จำนวนเงิน (บาท) ตามระเบียบกระทรวงการคลัง	
	เบิกไม่ได้	เบิกได้
60010 : ค่าอบรมรื้อน	50.00	
58001 : ค่าฝังเข็ม	100.00	150.00
60007 : ค่ากระตุ้นไฟฟ้า	50.00	
60001 : ค่าบริการทางการแพทย์	100.00	
สร้อยฟ้าสิบบาทถ้วน	300.00	150.00
	รวมเงิน	450.00

ตรวจสอบแล้วเบิกจ่ายได้เพียง 150 บาท



ชำระโดย  เงินสด  บัตรเครดิต เลขที่.....  
 เช็คธนาคาร..... สาขา.....  
 เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ..... ตำแหน่ง **นางสาวพัทรี อ่อนคำ** ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง **เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี**

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อผู้รับเงินได้ทราบบัญชีรายการที่แนบมา และส่งเช็คเรียกเก็บเงินจากธนาคารเรียบร้อยแล้ว  
 ใบสำคัญส่งท้ายให้ถึงผู้รับเงินใน 15 วัน นับจากวันที่มีการรักษาพยาบาล

\* สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กค 0431.4/2995 ฉ.ว. 25 ม.ค. 2559 \*



เลขที่.....6761.....

## ใบรับรองการตรวจรักษา

ข้าพเจ้า แพทย์แผนจีน จักรี ตั้งเทียนชัยชนะ ..... ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน  
ใบอนุญาตเลขที่ พจ. 347... ประจำ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

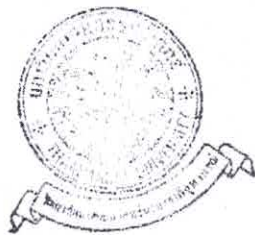
ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล ..... เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย 0002735  
สถานที่ตรวจ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565  
ปรากฏว่า ปวดเข่า .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ป่วยได้มาตรวจรักษาในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 จริง

ลงชื่อ .....

แพทย์แผนจีน จักรี ตั้งเทียนชัยชนะ  
แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย



ลงชื่อ .....

ผู้รับการตรวจร่างกาย

เล่มที่ 0039

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์  
99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง ปทุมธานี 12120  
โทร. 02-564-4440-9 ต่อ 7805  
เลขประจำตัวผู้ป่วย.....0002735



เลขที่ 019028

ใบเสร็จรับเงิน  
คลินิกการแพทย์ผสมผสาน

ชื่อ-สกุล.....วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
	เบิกไม่ได้	เบิกได้
60007 : ค่ากระตุ้น ไฟฟ้า	50.00	
60001 : ค่าบริการทางการแพทย์	100.00	
58001 : ค่าฝังเข็ม	100.00	150.00
สร้อยขบาทถ้วน	250.00	150.00
	รวมเงิน	400.00

ตรวจสอบแล้วเบิกจ่ายได้เพียง.....<sup>100</sup> บาท

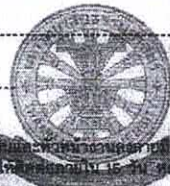
*Handwritten signature*



ชำระโดย  เงินสด  บัตรเครดิต เลขที่ .....

เช็คธนาคาร สาขา ..... เลขที่ .....

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ นางสาวพัชรี อ่อนคำ ผู้รับเงิน  
ตำแหน่ง ..... ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี



ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อผู้รับเงินและผู้กรอกใบเสร็จรับเงินลงนามร่วมกัน และใส่เช็คเรียกเก็บเงินจากธนาคารเรียบร้อยแล้ว  
ใบสำคัญสุญหายให้แจ้งยอดใบ 15 วัน หลังจากวันที่มีการรักษาพยาบาล

\* สถานพยาบาลราชการตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0431.4/2995 พ.ว. 26 ม.ค. 2559 \*

B1220180001





เลขที่.....6785.....

## ใบรับรองการตรวจรักษา

ข้าพเจ้า แพทย์แผนจีน จักรี ตั้งเทียนชัยชนะ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน  
ใบอนุญาตเลขที่ พจ.347... ประจำ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล ..... น.สรวยริน ฉายสุวรรณ ..... เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย 0002735 .....  
สถานที่ตรวจ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565  
ปรากฏว่า ปวดเข่า เห็นสมควรให้เข้ารับการรักษาด้วยการฝังเข็ม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ป่วยได้มาตรวจรักษาในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565 จริง

ลงชื่อ .....

แพทย์แผนจีน จักรี ตั้งเทียนชัยชนะ  
แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย



ลงชื่อ .....

ผู้รับการตรวจร่างกาย

เล่มที่ 0039

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์  
 99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง ปทุมธานี 12120  
 โทร. 02-564-4440-9 ต่อ 7605  
 เลขประจำตัวผู้ป่วย 0002735



เลขที่ 019129

ใบเสร็จรับเงิน  
 คลินิกการแพทย์ผสมผสาน

ชื่อ-สกุล ..... วันที่ 3 มีนาคม 2565

รายการ	จำนวนเงิน (บาท) ตามระเบียบกระทรวงการคลัง	
	เบิกไม่ได้	เบิกได้
60010 : ค่าอบรมความร้อน	50.00	
58001 : ค่าฝังเข็ม	100.00	150.00
60001 : ค่าบริการทางการแพทย์	100.00	
สร้อยบทถ้วน	250.00	150.00
	รวมเงิน	400.00

ตรวจสอบแล้วเบิกจ่ายได้เพียง 150 บาท



ชำระโดย  เงินสด  บัตรเครดิต เลขที่ .....

เช็คธนาคาร สาขา .....

เลขที่ ..... ลงวันที่ .....

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ นางสาวพัชรี อ่อนคำ ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง ..... ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อผู้รับเงินและผู้จ่ายเงินลงนามร่วมกัน และส่งเช็คเรียกเก็บเงินจากธนาคารเรียบร้อยแล้ว  
 ใบสำคัญสูญหายให้ติดต่อภายใน 15 วัน นับจากวันที่มีการรักษาพยาบาล



เลขที่..... 6827.....

## ใบรับรองการตรวจรักษา

ข้าพเจ้า..... นาย ภักพล ยุทธนากรกุล..... ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน  
ใบอนุญาตเลขที่ พจ. 766... ประจำ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย..... 0002735.....  
สถานที่ตรวจ..... คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์..... เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565.....  
ปรากฏว่า..... ปวดเข่า.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ป่วยได้มาตรวจรักษาในวันที่ 3 มีนาคม 2565..... จริง

ลงชื่อ.....

นาย ภักพล ยุทธนากรกุล  
แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย



ลงชื่อ.....

ผู้รับการตรวจร่างกาย



เล่มที่ 0039

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์  
 99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง ปทุมธานี 12120  
 โทร. 02-564-4440-9 ต่อ 7605  
 เลขประจำตัวผู้ป่วย.....UKU2735.....



เลขที่ 019176

ใบเสร็จรับเงิน  
 คลินิกการแพทย์ผสมผสาน

ชื่อ-สกุล..... วันที่...10 มีนาคม 2565.....

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
	เบิกไม่ได้	เบิกได้
60001 : ค่าบริการทางการแพทย์	100.00	
60010 : ค่ารถเข็นรื้อถอน	50.00	
ร6001 : ค่าฝังเข็ม	100.00	150.00
สร้อยบาทถ้วน	250.00	150.00
	รวมเงิน	400.00

ตรวจสอบแล้วเบิกจ่ายได้เพียง 150 บาท



ชำระโดย  เงินสด  บัตรเครดิต เลขที่.....  
 เช็คธนาคาร..... สาขา.....  
 เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....  
 ตำแหน่ง.....  
 ลงชื่อ นางสาวพัชรี อ่อนนุ่ม ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อผู้รับเงินและหัวหน้างานลงลายมือชื่อร่วมกัน และส่งเช็คเรียกเก็บเงินจากธนาคารเรียบร้อยแล้ว  
 ใบสำคัญสูญหายให้ติดต่อภายใน 15 วัน หลังจากวันที่มารับการรักษายาบาล

\* สถานพยาบาลของราชการตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0431.4/2995 ลว. 26 ม.ค. 2559 \*



เลขที่.....6847.....

## ใบรับรองการตรวจรักษา

ข้าพเจ้า ..... นาย ภักพล ยุทธนากรกุล ..... ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน  
ใบอนุญาตเลขที่ พจ. 766... ประจำ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล ..... เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย.....0002735.....  
สถานที่ตรวจ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565

ปรากฏว่า ปวดเข่า.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ป่วยได้มาตรวจรักษาในวันที่ 10 มีนาคม 2565 จริง

ลงชื่อ .....

นาย ภักพล ยุทธนากรกุล  
แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย



ลงชื่อ .....

ผู้รับการตรวจร่างกาย