



คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ

การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 6

ไม่มีค่าธรรมเนียม

เอกสารประกอบ

- แบบ 7131
- ใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ กรณีเบิกให้บิดา มารดา
- สำเนาทะเบียนสมรส กรณีเบิกให้คู่สมรส
- สำเนาสูติบัตรของบุตร กรณีเบิกให้บุตร

**1 ผู้มีสิทธิ์กรอกข้อมูลในใบเบิกสวัสดิการ
ค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)**

10 นาที

**2 ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงิน
ลายมือชื่อ และความครบถ้วนของเอกสาร**

3 นาที

**3 เขียนลงในทะเบียนคุมในแฟ้มค่ารักษาพยาบาล
โดยกรอกชื่อ-นามสกุล จำนวนเงินที่ขอเบิก
และเบอร์โทรศัพท์ นำใส่ตะกร้ารอการเบิก**

3 นาที

**4 นำเอกสารมาตั้งเบิกทุกวันที่ 10 และ 25 ของ
ทุกเดือน โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ของผู้มีสิทธิ์ไม่เกิน 5 วันทำการ**

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 1.พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 2.หลักเกณฑ์ ระเบียบการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553
- 3.หนังสือเวียนและหนังสือสั่งการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ช่องทางการให้บริการ

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 6

ผู้ให้บริการ นางสุนารี ศรีจอมแจ้ง

ติดต่อสอบถาม 053-341375 ต่อ 19

คำรักษาพยาบาล

สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน

- “สถานพยาบาลของทางราชการ” หมายความว่า สถานพยาบาลซึ่งเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยของรัฐ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย และองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสานมิตร และสถานพยาบาลอื่นตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

- “สถานพยาบาลของเอกชน” หมายความว่า สถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า

(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบประมาณของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ

(2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลไว้

(3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

ผู้มีสิทธิ

“บุคคลในครอบครัว” หมายความว่า

(1) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

คำอธิบายเพิ่มเติมในส่วน of บุคคลในครอบครัว :

บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ ที่ผู้มีสิทธิสามารถนำคำรักษาพยาบาลมาเบิกจ่ายเป็นคำรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ได้นั้นประกอบด้วยบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งต้องเป็นบุคคลในครอบครัวที่ชอบด้วยกฎหมายด้วยสำหรับคำว่า “ชอบด้วยกฎหมาย” นั้น หมายถึงจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัวที่ถูกต้องตามกฎหมายโดยมีหลักฐานทางราชการรับรองความถูกต้อง

“ผู้ป่วยใน” หมายความว่า ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

“ผู้ป่วยนอก” หมายความว่า ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลไม่ได้พักค้างในสถานพยาบาล (ตรวจและรับยาแล้วให้กลับบ้านได้)

**** สำหรับอัตราค่ารักษาพยาบาลให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลังกำหนด ตามหนังสือกระทรวงการคลัง

ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลใน

สถานพยาบาลของทางราชการ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

การส่งเบิก ค่ารักษาพยาบาล

ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา

ประกอบด้วยเอกสาร ดังต่อไปนี้

1. หนังสือนำส่งขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (บันทึกออกจาก โรงเรียน)
2. สรุบบทนำเบิกค่าสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
3. ตารางการตรวจเช็คเอกสารส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล
4. แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
5. ใบเสร็จรับเงินตัวจริง
6. สำเนาเอกสารแนบ กรณีใช้สิทธิดังต่อไปนี้

ตนเอง	หากมีการเปลี่ยนชื่อ สกุล แนบใบเปลี่ยนชื่อ สกุล
เบิกให้บิดา	<ul style="list-style-type: none"> · สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง · สำเนาทะเบียนบ้านบิดา · ทะเบียนสมรสบิดา · ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
เบิกให้มารดา	<ul style="list-style-type: none"> · สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง · สำเนาทะเบียนบ้านมารดา · ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
เบิกให้คู่สมรส	<ul style="list-style-type: none"> · สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส · ทะเบียนสมรส · ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
เบิกให้บุตร	<ul style="list-style-type: none"> · สำเนาทะเบียนบ้าน หรือสูติบัตรบุตร · ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) <p>(หากใช้สิทธิฝ่ายชายให้แนบสำเนาทะเบียนสมรสและกรณีใช้สิทธิฝ่ายหญิงแต่คู่สมรสเป็นข้าราชการให้แนบหนังสือดเว้นการใช้สิทธิคู่สมรส)</p>

7. เมื่อแนบเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้วนามสกุลยังไม่สามารถสืบได้ว่าเกี่ยวข้องกันต้องแนบเอกสารเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นว่าเป็นผู้เกี่ยวข้องกัน

8. กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลใช้ใน *ศูนย์ศรัทธา* ให้ส่งแยกจากชุดเบิกไขนออก เนื่องจากต้องหารื้อกรมบัญชีกลาง

รายการจัดส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

โรงเรียน.....

ชื่อ - สกุล ผู้ขอเบิกตำแหน่ง

รายการ	โรงเรียน		สำนักงานเขต ฯ		หมายเหตุ
	เอกสารครบถ้วน	ไม่มี	เอกสารครบถ้วน	ไม่มี	
1. แบบค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131					
2. ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ					
3. เอกสารแนบกับใบเสร็จ เช่น					
3.1 หนังสือรับรองการใช้นานอกจำนวน.....ฉบับ					
3.2 บัญชีแสดงรายละเอียดจำนวนเงินการใช้จ่ายนอก					
จำนวน.....ฉบับ					
3.3 บัญชีแสดงรายการตรวจรักษาค่ารักษา					
จำนวน.....ฉบับ					
3.4 บัญชีแนบท้ายค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี					
3.5 หนังสือรับรองการใช้ยวาระเหิม					
4. ที่ติดใบเสร็จ					
5. สำเนาทะเบียนบ้าน					
ตนเอง					
คู่สมรส					
บิดา					
มารดา					
บุตร					
6. สำเนาสูติบัตร บุตร					
7. สำเนาทะเบียนสมรส					
ตนเอง					
บิดา					
8. หนังสือดเว้นการใช้สิทธิ (กรณีฝ่ายหญิง)					
9. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ					
.....					

(ลงชื่อ)ผู้จัดทำ/ผู้ขอเบิก

(.....)

..... โทรศัพท์

.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ/เขต

.....ผู้อำนวยการกลุ่มฯ/เขต

.....รองผู้อำนวยการฯ/เขต

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... (ชื่อ - สกุล ผู้เบิก) ตำแหน่ง..... ตำแหน่งที่ตนเองดำรงตำแหน่ง เช่น ครู
 ตั้งกัก โรงเรียน..... ชื่อโรงเรียน..... สพป. ขน. 6 โทร.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... ใช้ / หน้าที่จะเบิกและเขียน เลขประจำตัวประชาชน..... ได้ขอบัตรประชาชน 13 หลัก

มารดา ชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เฉพาะ ว/ด/ป เกิด ของบุตร..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือน เป็นบุตรคนที่.....

ป่วยเป็นโรค..... ใช้โรคที่เป็น หากมีหลายใบเสร็จให้เขียน มากุโรก.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ใช้ชื่อสถานพยาบาล หากมีหลายใบเสร็จให้เขียน มากุ รพ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... วันขึ้นของใบเสร็จ..... ถึงวันที่..... วันสุดท้ายของใบเสร็จ.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... ได้ตัวละของตรวจรวมทุกใบเสร็จ..... บาท (.....) ไม่ได้ตัวละ ของตรวจรวมทุกใบเสร็จ.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... รวมทุกใบเสร็จ..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน..... ใช้ตัวละเฉพาะที่เบิกได้ตามสิทธิ..... บาท (.....) ใช้ตัวอักษร เฉพาะที่เบิกได้ตามสิทธิ.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกให้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียน...../ บุคลากรสำนักงานให้เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่(ตามคำสั่ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ลงชื่อ - สกุล ผู้ขอเบิก.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)..... } ผู้อนุมัติตามคำสั่ง
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... ใส่ตัวเลขเฉพาะที่เบิกได้ตามสิทธิ บาท
(..... ใส่ตัวอักษรเฉพาะที่เบิกได้ตามสิทธิ.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ลงชื่อ - สกุลผู้รับเงิน.....ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

***กรณี ข้อ7 ผู้อำนวยการสถานศึกษาเบิกให้การเงินโรงเรียนอนุมัติ

***กรณี ข้อ7 ครูเบิกให้ผู้อำนวยการสถานศึกษาอนุมัติ

ใบติดใบเสร็จ

ใบติดใบเสร็จ

****กรณีเบิกค่าใส่ทันปลอม ให้เขียนรับรองใน
ที่ติดใบเสร็จ ตามตัวอย่าง ****

ใส่ตัวเลข/ จำนวนเงินตัวเลขและตัวอักษร รวมใบเสร็จที่เบิกได้

จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ มีสิทธิเบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.
2523 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่) พ.ศ. 2528 และอายุใบเสร็จไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ชำระเงิน

ลงชื่อ - สกุลผู้ขอเบิก

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ ผู้ได้รับคำสั่งแต่งตั้ง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ (เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียน)
(.....)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....	
สังกัด โรงเรียน.....*เบอร์โทร.....	
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	
ป่วยเป็นโรค.....	
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....	
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)	
ตามใบเสร็จรับเงินที่หมายเลข.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น	
<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย	
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ	
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2)ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้ลาพักรักษาตัวของผู้อื่น

<p>4. เสนอ</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ มีสิทธิเบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523
แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่) พ.ศ. 2528 และอายุใบเสร็จไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ชำระเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ (เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียน)

(.....)