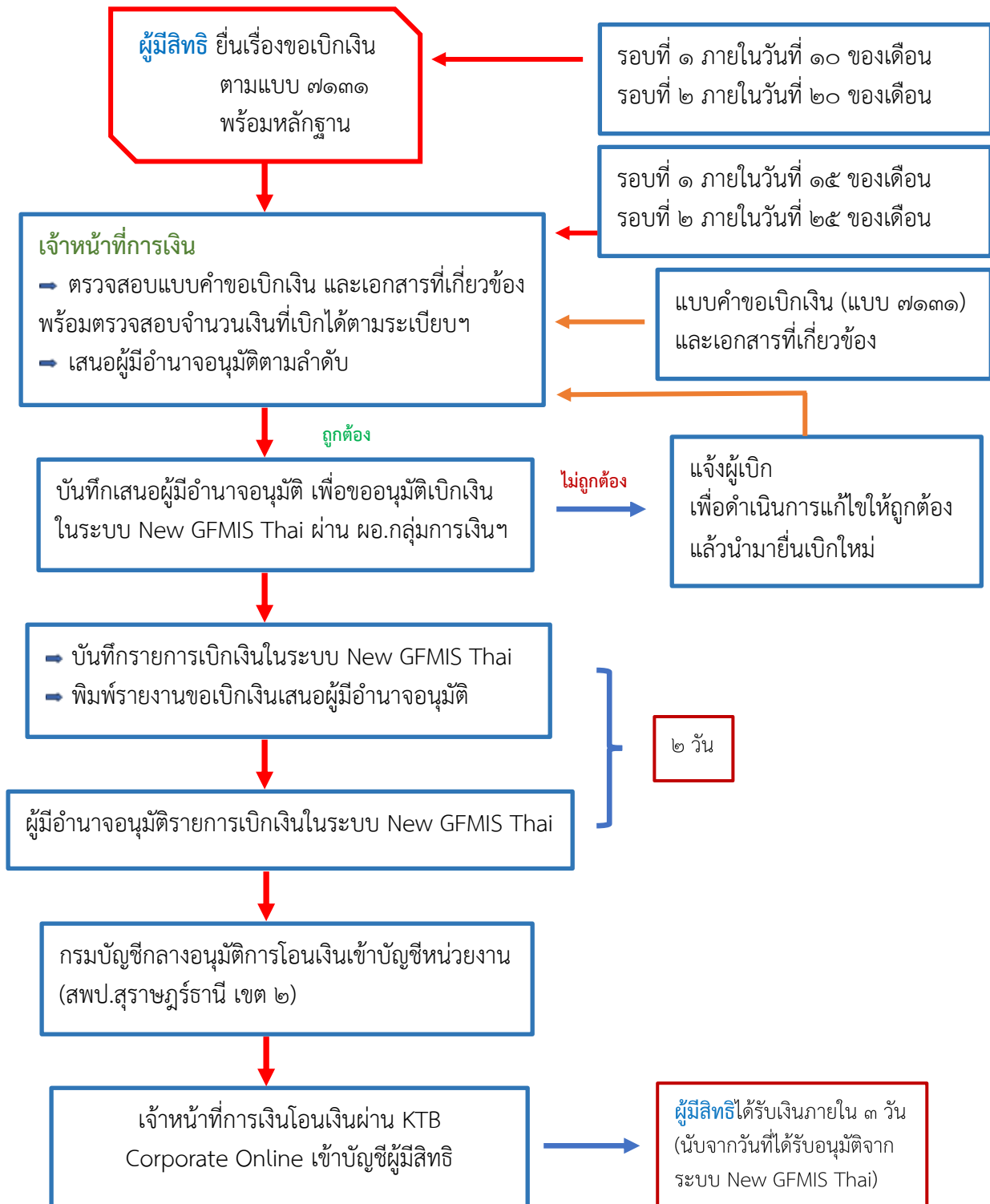


คู่มือการให้บริการสำหรับผู้มาติดต่อ

ชื่องาน การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ



๑. ยื่นใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) พร้อมด้วยหลักฐานใบเสร็จรับเงินฉบับจริงและเอกสารประกอบการขอเบิก ดังนี้

- รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน
- รอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือน

๒. เจ้าหน้าที่การเงิน ตรวจสอบแบบคำขอเบิกเงิน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมตรวจสอบจำนวนเงินที่เบิกได้ตามระเบียบฯ เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติตามลำดับ กำหนด ๒ รอบ ดังนี้

- รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือน
- รอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๕ ของเดือน

๓. บันทึกเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ เพื่อขออนุมัติเบิกเงินในระบบ New GFMS Thai ผ่านผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ (กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง แจ้งผู้เบิกเพื่อดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วนำมายื่นเบิกใหม่)

๔. บันทึกรายการเบิกเงินในระบบ New GFMS Thai และพิมพ์รายงานขอเบิกเงินเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

๕. ผู้มีอำนาจอนุมัติรายการเบิกเงินในระบบ New GFMS Thai

๖. กรมบัญชีกลางอนุมัติการโอนเงินเข้าบัญชีของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต ๒

๗. เจ้าหน้าที่การเงินโอนเงินผ่าน KTB Corporate Online เข้าบัญชีผู้มีสิทธิ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินภายใน ๓ วันทำการ นับจากวันที่ได้รับอนุมัติจากระบบ New GFMS

ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ

ผู้เบิกใช้เวลาในการเข้ารับบริการประมาณ ๑๐ นาที ในการยื่นและตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้คำแนะนำในการกรอกใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) พร้อมเอกสารหลักฐานแนบ

ช่องทางการให้บริการ

๑. เข้ารับบริการด้วยตนเองในวันและเวลาราชการที่กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต ๒ โดยมีเจ้าหน้าที่การเงินให้บริการ

๒. โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๗๗๓๑ ๕๐๖๐ ต่อ ๒ และทางโทรศัพท์สายตรง หมายเลข ๐๘๐-๕๓๔๗๗๔๖

๓. โทรสารหมายเลข ๐ ๗๗๓๑ ๕๔๒๑

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

๑. แบบ ๗๑๓๑ ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
๒. ใบเสร็จรับเงิน (ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงิน)
 - ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องระบุรหัสของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้นๆ (๕ หลัก) ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด
 - ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วยทุกกรณี

- ค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี ต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี (เบิกได้ปีงบประมาณละ ๑ ครั้ง เฉพาะข้าราชการเท่านั้น)
 - ค่านัดเพื่อการรักษาหรือการรักษาโดยแพทย์แผนไทย ต้องแนบหนังสือรับรองคณะกรรมการหรือแพทย์แผนไทยผู้ทำการรักษา ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๔๒ ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒
๓. กรณีเบิกของตนเอง ต้องแนบเอกสารดังนี้
- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวข้าราชการ
๔. กรณีเบิกให้คู่สมรส ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาทะเบียนสมรสพร้อมรับรองสำเนา
๕. กรณีบิดาเบิกให้บุตร (บุตรตั้งแต่แรกเกิด - อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - สำเนาทะเบียนสมรส หรือ ถ้าบิดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา ให้แนบหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร
๖. กรณีมารดาเบิกให้บุตร (บุตรตั้งแต่แรกเกิด - อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - กรณีคู่สมรสฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดาไม่มีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิทุกครั้งที่ยอมรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
๗. กรณีเบิกให้บิดา - มารดา ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก

ภาคผนวก

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ตนเอง

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

☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

☐ ตามสิทธิ

☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

ข

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(๑) ข้าพเจ้า

☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

ค

(๒)ข้าพเจ้า

☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

๔. เสนอ	ง
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
๕. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....	
๖. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- | | |
|---|---|
| ก | ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ |
| ข | ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิ์เพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย |
| ค | ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี |
| ง | ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ |