



ประเภทเอกสาร	คู่มือขั้นตอนการดำเนินงาน
ชื่อเอกสาร	สวัสดิการข้าราชการพยาบาลข้าราชการและ ลูกจ้างประจำ

## ๑. ชื่องาน

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำ

## ๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทราบถึงระบบเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ
๒. เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ
๓. เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการที่รัฐจัดสรรให้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ

## ๓. ขอบเขต

ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการอ้างอิงตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 รวมถึงหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้อง

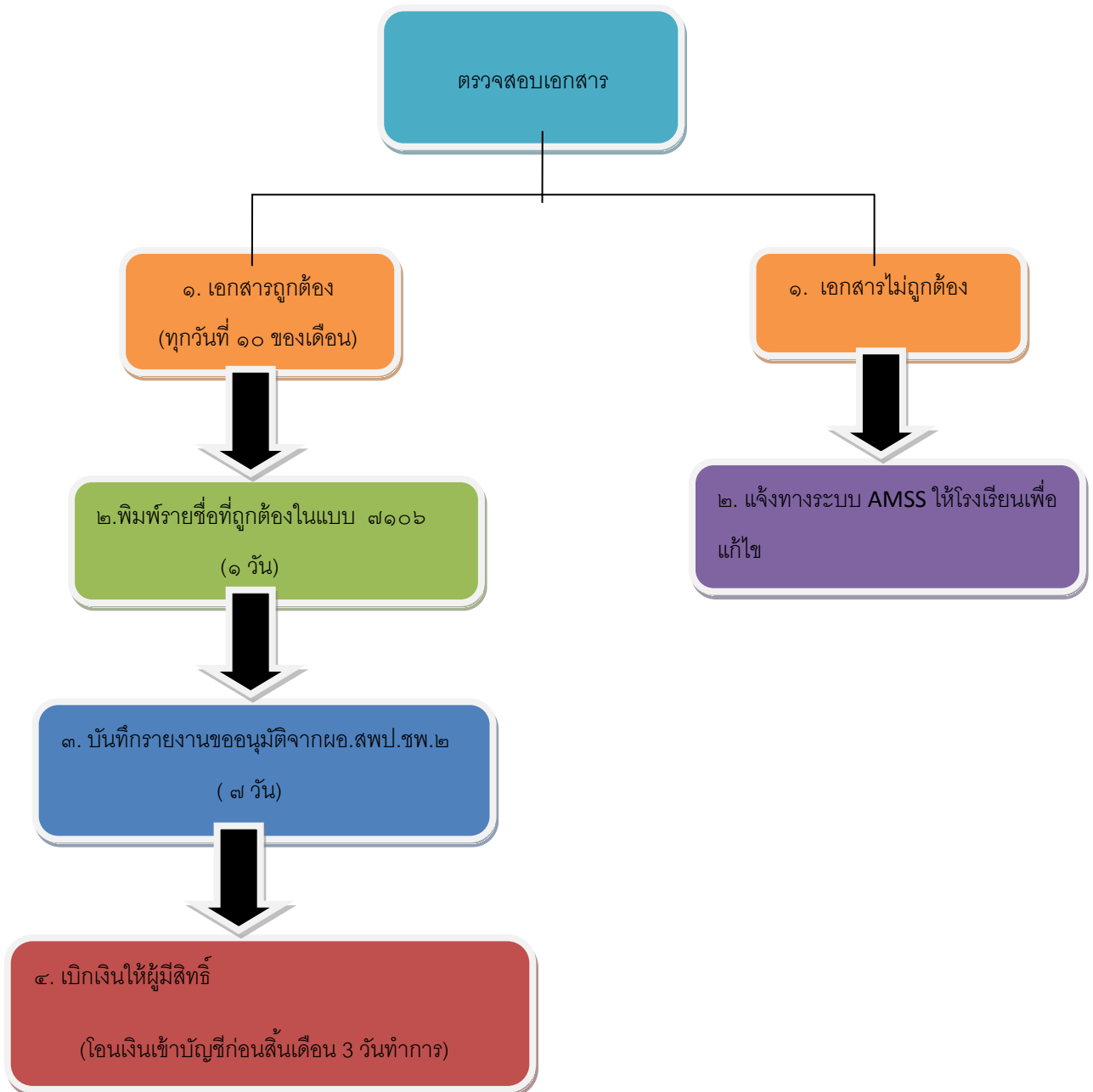
## ๔. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำ

๑. ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานต่างๆกรณีถูกต้อง
  - ๑.๑ กรณีที่หลักฐานถูกต้องจัดทำรายงานขอเบิกเงิน ( ๗๑๐๖ )
  - ๑.๒ จัดทำบหน้าการจ่ายเงิน
  - ๑.๓ บันทึกเสนอขออนุมัติเบิกเงิน
  - ๑.๔ เบิกเงินงบบกลางในระบบ GFMS
๒. กรณีหลักฐานไม่ถูกต้อง แจ้งผู้ขอเบิกทางระบบ AMSS ของสพป.ขพ.๒ ให้แก้ไข

## ๕. Flow Chart การปฏิบัติงาน

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำ



## การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ข้าราชการครูและลูกจ้างประจำ)

ทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๑. กรอกแบบคำขอ แบบ ๗๑๓๑ ให้ครบถ้วนถูกต้อง
๒. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่น ๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน
  - ใบเสร็จรับเงินค่าอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม ค่าบริการสาธารณสุข และค่าทำฟัน  
สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม ค่าบริการสาธารณสุข และค่าทำฟัน  
ในใบเสร็จรับเงินด้วยเพื่อส่วนราชการสามารถเทียบเคียงรายการ เพื่อเบิกจ่ายตามอัตราที่  
กระทรวงการคลังกำหนด
  - กรณีสถานพยาบาลไม่มียา อุปกรณ์ หรือการตรวจต่าง ๆ และสถานพยาบาลส่งให้ไปซื้อ  
หรือตรวจจากที่อื่น ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มี  
จำหน่ายในสถานพยาบาล (แบบ ๗๑๓๕) และต้องกรอกแบบให้ครบถ้วน พร้อมประทับตรา  
สถานพยาบาลที่ส่งด้วย \*\*\*\* \*วันที่ที่ส่งใบรับรองฯ จะต้องส่งก่อนหรือวันเดียวกับ วันที่  
ไปซื้อหรือตรวจ \*\*\*\*\*
  - กรณีมียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ทุกครั้ง
๓. กรณีเบิกของคู่สมรส, บิดา, มารดา และบุตร ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชน ในแบบ ๗๑๓๑ ด้วย
๔. เสนอผู้อำนวยการโรงเรียนอนุมัติ หากเป็นผู้อำนวยการโรงเรียนส่งเบิกเองส่งเบิก ให้ผู้อำนวยการ  
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชุมพร เขต ๒ เป็นผู้อนุมัติ
๕. ส่งเบิกกลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน หลักฐานถูกต้องครบถ้วน  
จะดำเนินการเบิกจ่ายโดยจะโอนเข้าวันเดียวกับการจ่ายเงินเดือนแต่แยกคนละยอด หากส่งเบิก  
หลังจากวันที่ ๑๐ จะเบิกจ่ายในเดือนถัดไป
๖. ใบขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online
  - กรณีเบิกให้บิดา** ให้แนบเอกสาร
    - ๑ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
    - ๒ สำเนาทะเบียนสมรสบิดา หรือสำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำสั่งศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วย  
กฎหมาย หรือสำเนาทะเบียนหย่า
    - ๓ ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ถ้ามี
  - กรณีเบิกให้มารดา** ให้แนบเอกสาร
    ๑. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
    ๒. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี
  - กรณีเบิกให้คู่สมรส** ให้แนบเอกสาร
    ๑. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกกับคู่สมรส)
    ๒. ใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล ถ้ามี

**กรณีบิดาเบิกให้บุตร** ให้แนบเอกสาร

๑. สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านบุตร
๒. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกและคู่สมรส) หรือสำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำสั่งศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายหรือ สำเนาทะเบียนหย่า
๓. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล ถ้ามี

**กรณีมารดาเบิกให้บุตร** ให้แนบเอกสาร

๑. สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนสมรสของบุตร
๒. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล ถ้ามี

**\*\*\*หากหลักฐานไม่ถูกต้องจะแจ้งทางระบบ AMSS ของสพป.ชพ.๒ เพื่อแก้ไข\*\*\***

- หมายเหตุ**
๑. ระบุหมายเลขโทรศัพท์ เพื่อการติดต่อกลับ
  ๒. บุตรที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ตั้งแต่แรกเกิด - ๒๐ ปีบริบูรณ์
  ๓. บุตรไร้ความสามารถ และเสมือนไร้ความสามารถเบิกได้ตลอดชีวิตให้แนบคำสั่งศาล
  ๔. ใบเสร็จรับเงินมีอายุ ๑ ปี นับวันที่ใบเสร็จรับเงิน

**๖. แบบฟอร์มที่ใช้**

๑. แบบฟอร์ม ๗๑๓๑
๒. แบบฟอร์ม ๗๑๐๖

**๗. เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

๑. แบบฟอร์ม ๗๑๓๕
๒. ใบขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
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 <input type="checkbox"/> ก ป่วยเป็นโรค..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... .....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> ข เป็นเงิน.....บาท (.....) และ (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว <input type="checkbox"/> .....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความ

4. เลขอ ..... ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

---

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

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

---

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

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

คำชี้แจง

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



ที่ติดใบเสร็จ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิรับเงินสวัสดิการ.....

ได้ตามระเบียบฯ และได้ใช้เงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว ตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

ตำแหน่ง.....



หน้างใบสำคัญเงินสดการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (เดือนมิถุนายน)

ประกอบเอกสารจากระบบเลขที่..... ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
	อำเภอหลังสวน			
	"			
	"			
	<u>อำเภอสวี</u>			
	"			
	"			
	<u>อำเภอทุ่งตะโก</u>			
	<u>อำเภอละแม</u>			
	<u>อำเภอพะโต๊ะ</u>			
	"			
	"			
	"			
	"			
	รวมทั้งสิ้น	-	-	

ตรวจถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินได้

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก

(.....)

## ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความ หัวหน้าสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า.....

 นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แห่งสถานพยาบาล.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า.....ซึ่งป่วยเป็นโรค.....

 ก. จำเป็นต้องใช้ ยา เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด ออกซิเจน อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้

 ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ ทางห้องทดลอง เอกซเรย์

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้

ไม่อาจให้บริการได้

(1)..... รหัส\* .....

(2)..... รหัส\* .....

(3)..... รหัส\* .....

(4)..... รหัส\* .....

(ลงชื่อ).....

.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ \* รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้

สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ

เลขที่.....

## แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ

KTBCorporate Online

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน เลขานุการกรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินผ่านระบบKTBCorporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

เป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพอนุญาต)

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....

สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อสำนักงานเลขานุการกรมโอนเงินผ่านระบบKTBCorporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mailaddress.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTBCorporate Onlineให้ระบุหมายเลข