



คู่มือการให้บริการ การเบิกค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบูรณ์ เขต ๑



การเบิกค่ารักษาพยาบาล

ชื่องาน : การเบิกค่ารักษาพยาบาล

วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ :

๑. โรงเรียนส่งเอกสารหลักฐานขอเบิกที่สารบรรณกลาง
เอกสารหลักฐานที่ขอเบิก ประกอบด้วย

- หนังสือคำสั่งของโรงเรียน
- ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- เอกสารประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

๒. เจ้าหน้าที่สารบรรณกลางส่งเอกสารหลักฐานขอเบิกที่ธุรการกลุ่ม
บริหารงานการเงินและสินทรัพย์

๓. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบรับเรื่องจากธุรการกลุ่มบริหารงานการเงินและ
สินทรัพย์

ตรวจสอบเอกสารหลักฐานขอเบิก

- ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

กรอกข้อมูลรายละเอียดและจำนวนเงินครบถ้วน ผู้ขอรับเงินสวัสดิการและ
ผู้อนุมัติลงลายมือชื่อเรียบร้อย

- ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองยานอกบัญชีหลัก (กรณีเบิกยานอกบัญชีหลัก)
- ใบประเมินคัดแยกผู้ป่วย (กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถาน
พยาบาลเอกชน ประเภผู้ป่วยใน)

- เอกสารประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลครบถ้วน

๔. การจัดทำรายละเอียดขอเบิก

- บันทึกข้อความขออนุมัติเบิก
- รายละเอียดงบประมาณประกอบฎีกา
- รายละเอียดหน้าใบสั่งจ่าย





๕. เสนอผู้มีอำนาจพิจารณาลงนามอนุมัติการขอเบิก

- ตรวจเอกสารหลักฐาน พร้อมลงนามในบันทึกข้อความ และรายละเอียดงบประมาณประกอบฎีกา

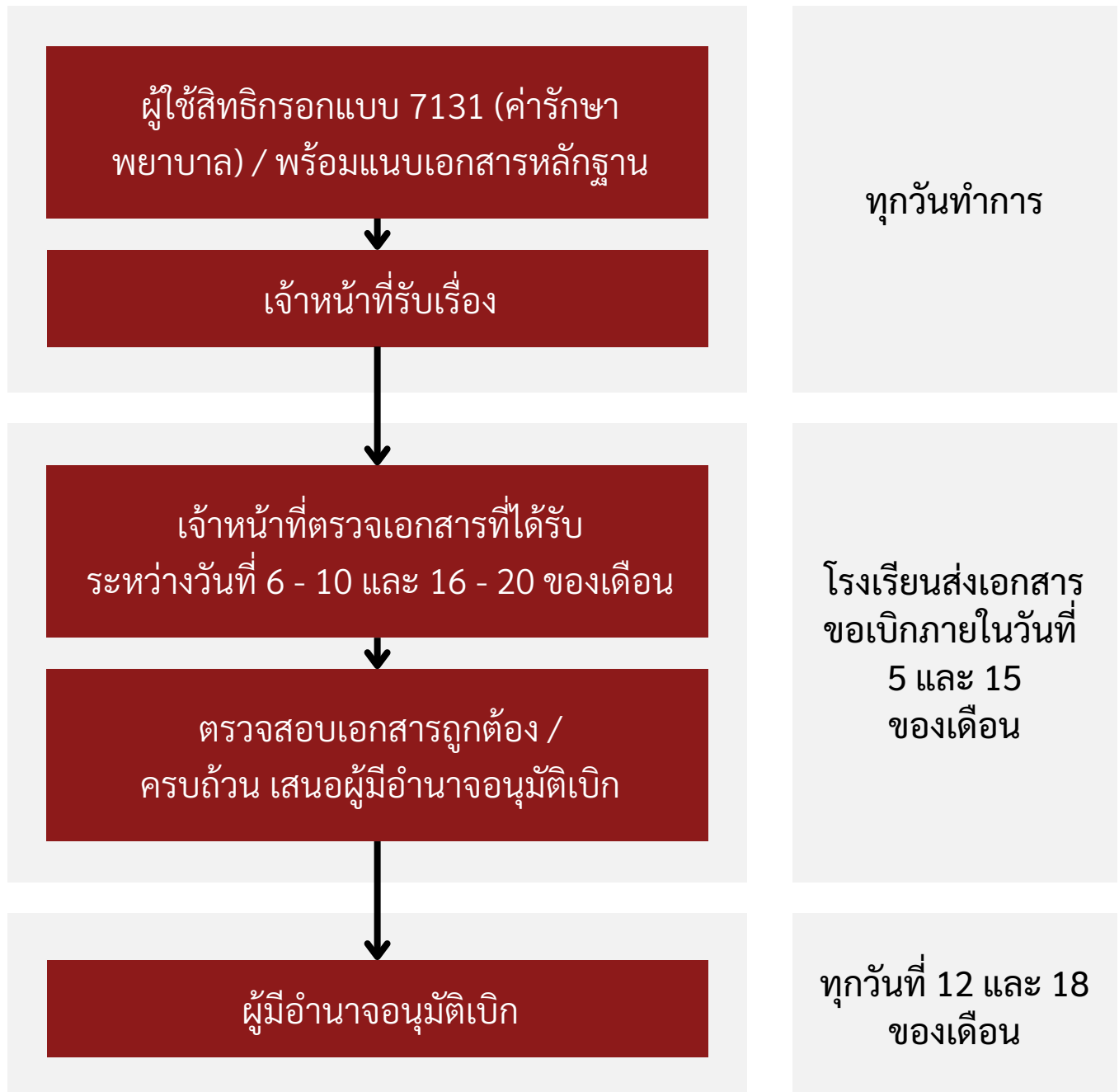
๖. การวางฎีกา และเสนอผู้มีอำนาจ

๗. รวบรวมเอกสารหลักฐานขอเบิกทั้งหมด ส่งเจ้าหน้าที่จ่ายเงิน ทำการตรวจสอบการโอนเงินจากกรมบัญชีกลาง และจัดทำรายละเอียดการจ่ายเงิน ในระบบ KTB Corporate Online เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติการจ่ายเงิน เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิต่อไป





Flow Chart





Flow Chart (ต่อ)

ตั้งเบิกเงินจากระบบ GFMIS



โอนเงินผ่าน KTB CorporateOnline
เข้าบัญชีผู้มีสิทธิรับเงิน

ทุกวันที่ 12 และ 18
ของเดือน

ทุกวันที่ 15 และ 25
ของเดือน





ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ

๑. ระยะเวลาการโอนเงินเข้าบัญชี 10 - 15 วัน
๒. การส่งเอกสารหลักฐานขอเบิก
 - ส่งภายในวันที่ 5 ได้รับเงินวันที่ 15 ของเดือน
 - ส่งภายในวันที่ 15 ได้รับเงินวันที่ 25 ของเดือน

ช่องทางให้บริการ

- นางนิเวศน์ ศรีสำอางค์ นักวิชาการเงินและการบัญชี ชำนาญการ
กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา
เพชรบูรณ์ เขต ๑ โทร. 086-216-6983

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการ

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

๑. ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
๒. เอกสารประกอบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

๒.๑ กรณีเบิกให้บิดามารดา

- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

๒.๒ กรณีเบิกให้คู่สมรส

- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคู่สมรส
- ใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

๒.๓ กรณีเบิกให้บุตร

- สำเนาสูติบัตร/ทะเบียนบ้านบุตร
- หากผู้ใช้สิทธิประสงค์จะเบิกให้บุตรแต่เพียงผู้เดียวให้แนบ

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิหรือการงดเบิกของอีกฝ่ายด้วยทุกครั้ง

**** กรณีตรวจสอบสุขภาพประจำปี ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
และรายละเอียดรายการตรวจสุขภาพมาด้วย ****



เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด

2. 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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

☐ ตามสิทธิ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

ข

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

ค

(2)ข้าพเจ้า

☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(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 และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบูรณ์ เขต ๑

PBN 1

เลขที่ 126 หมู่ 11 ตำบลสะเดียง อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ 67000
หมายเลขโทรศัพท์: 056-737080, 056-737081 , 056-777083
หมายเลขโทรสาร: 056-737075
e-mail: admin@phetchabun1.go.th