



คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ

การเบิกค่ารักษาพยาบาล



PBN1

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1

กลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์

ผู้รับผิดชอบ : นางนิเวศน์ ศรีสำอางค์



คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ ประเภท การเบิกค่ารักษาพยาบาล

การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล หมายถึง การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิ และบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

ค่ารักษาพยาบาล หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว
3. ค่าบริการทางการแพทย์ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค แต่ ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
4. ค่าตรวจครรภ์ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร
5. ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
6. ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค
7. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
8. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

สถานพยาบาล หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลเอกชน

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. ผู้มีสิทธิ

- 1.1 ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณ
- 1.2 ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณ
- 1.3 ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพ

2. บุคคลในครอบครัว

- 2.1 บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ
- 2.2 คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ



2.3 บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ (บุตรเบิกได้ 3 คน)

การเกิดสิทธิ คลอดเป็นทารก

หมดสิทธิ บรรลุนิติภาวะ

- บุตรมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์
- จดทะเบียนสมรส

ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

**** ผู้เบิกมีสิทธินำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกได้ภายในกำหนด 1 ปีนับแต่วันที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน ****

หลักเกณฑ์การใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. นำใบเสร็จรับเงินที่สถานพยาบาลออกให้ยื่นเบิกที่ต้นสังกัด
2. กรณีจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ต้องแนบหนังสือรับรองการใช้ยานอก
3. กรณีการนัดเพื่อการบำบัดรักษาโรค ต้องแนบบใบรับรองแพทย์
4. แบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)

หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสถานพยาบาลเอกชน

1. ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยฉุกเฉินตามประกาศกระทรวงการคลังฯ (ฉุกเฉินวิกฤตหรือฉุกเฉินเร่งด่วนให้สถานพยาบาลเอกชนเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. กรณี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อนุมัติจ่ายเงินเนื่องจากไม่เข้าเงื่อนไขผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์คัดแยก หากแพทย์ผู้รักษาก่อนใบรับรองแพทย์ระบุความจำเป็นต้องรักษาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามเกณฑ์คัดแยก (ต้องแนบบใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน) ให้นำหลักฐานยืนยันเบิกเงินที่ต้นสังกัดตามสิทธิเบิกได้ดังนี้

- ค่าห้องและค่าอาหาร ไม่เกินวันละ 1,000 บาท
- ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ เบิกได้ครั้งหนึ่งของจำนวนเงินที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000 บาท
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษา เบิกตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด



การเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี (เบิกได้เฉพาะผู้มีสิทธิโดยตรงเท่านั้น บุคคลในครอบครัวไม่สามารถเบิกได้)

1. ผู้มีสิทธิอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ เบิกได้ 7 รายการ (อัตราตามกรมบัญชีกลางกำหนด)
2. ผู้มีสิทธิอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เบิกได้ 16 รายการ (อัตราตามกรมบัญชีกลางกำหนด)

**** ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ ปีละ 1 ครั้ง ตามปีงบประมาณ ****

เอกสารประกอบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. กรณีเบิกให้บิดามารดา

- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)

2. กรณีเบิกให้คู่สมรส

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

3. กรณีเบิกให้บุตร

- สำเนาสูติบัตร/ทะเบียนบ้านบุตร
- หากผู้ใช้สิทธิประสงค์จะเบิกให้บุตรแต่เพียงผู้เดียวให้แนบหนังสือแจ้งการใช้สิทธิหรือการงดเบิกของอีกฝ่ายด้วยทุกครั้ง

**** กรณีตรวจสุขภาพประจำปี ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและรายละเอียดรายการตรวจสุขภาพมาด้วย****

แบบฟอร์มที่ใช้

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553
2. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

พ.ศ.2553 และหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง





ขั้นตอนการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำ

ขั้นตอนการเบิก

- ขั้นตอนที่ 1 โรงเรียนส่งเอกสารหลักฐานขอเบิกที่สารบรรณกลาง
เอกสารหลักฐานที่ขอเบิก ประกอบด้วย
 - หนังสือคำสั่งของโรงเรียน
 - ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
 - เอกสารประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
 - ขั้นตอนที่ 2 เจ้าหน้าที่สารบรรณกลางส่งเอกสารหลักฐานขอเบิกที่ธุรการกลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์
 - ขั้นตอนที่ 3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบรับเรื่องจากธุรการกลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์
ตรวจสอบเอกสารหลักฐานขอเบิก
 - ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131) กรอกข้อมูลรายละเอียดและจำนวนเงินครบถ้วน ผู้ขอรับเงินสวัสดิการและผู้อนุมัติลงลายมือชื่อเรียบร้อยแล้ว
 - ใบเสร็จรับเงิน
 - ใบรับรองยานอกบัญชีหลัก (กรณีเบิกยานอกบัญชีหลัก)
 - ใบประเมินคัดแยกผู้ป่วย (กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนประเภทผู้ป่วยใน)
 - เอกสารประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลครบถ้วน
 - ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำรายละเอียดขอเบิก
 - บันทึกข้อความขออนุมัติเบิก
 - รายละเอียดงบประมาณประกอบฎีกา
 - รายละเอียดหน้าบใบส่งจ่าย
 - ขั้นตอนที่ 5 เสนอผู้มีอำนาจพิจารณาลงนามอนุมัติการขอเบิก
 - ตรวจเอกสารหลักฐาน พร้อมลงนามในบันทึกข้อความและรายละเอียดงบประมาณประกอบฎีกา
 - ขั้นตอนที่ 6 การวางฎีกา และเสนอผู้มีอำนาจ
 - ขั้นตอนที่ 7 รวบรวมเอกสารหลักฐานขอเบิกทั้งหมด ส่งเจ้าหน้าที่จ่ายเงิน ทำการตรวจสอบการโอนเงินจากกรมบัญชีกลาง และจัดทำรายละเอียดการจ่ายเงินในระบบ KTB Corporate Online เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติการจ่ายเงิน เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิต่อไป

ระยะเวลาการโอนเงินเข้าบัญชี 10 - 15 วัน

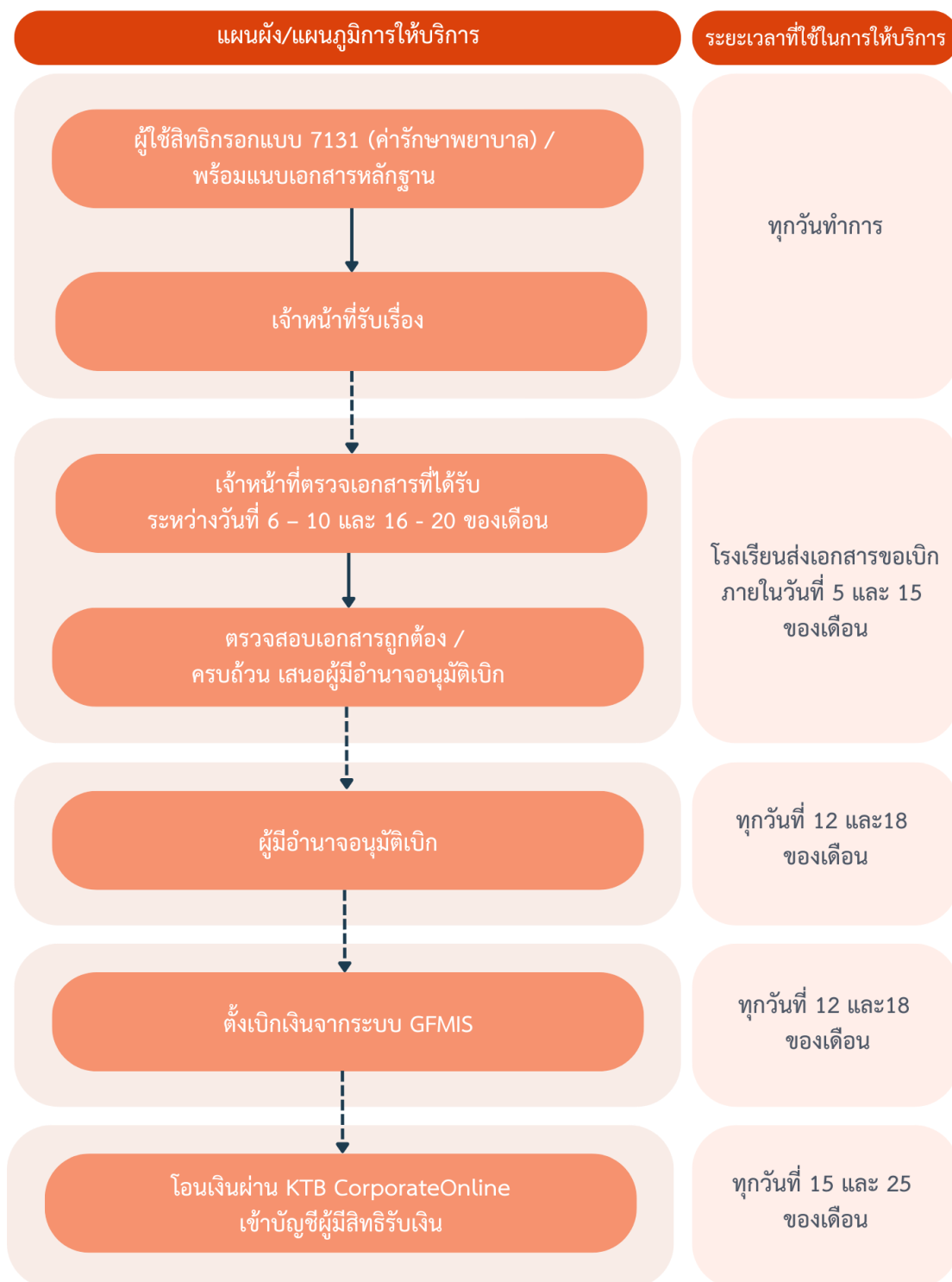
การส่งเอกสารหลักฐานขอเบิก ส่งภายในวันที่ 5 ได้รับเงินวันที่ 15 ของเดือน
 ส่งภายในวันที่ 15 ได้รับเงินวันที่ 25 ของเดือน

ผู้รับผิดชอบ นางนิเวศน์ ศรีสำอังก์ กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ โทร 086 216 6983





ประเภทการเบิกค่ารักษาพยาบาล แผนผัง/แผนภูมิการให้บริการ



ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการ





แบบฟอร์ม
ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
(แบบ 7131)



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 1

PBN1

126 หมู่ 11 ถ.สระบุรี-หล่มสัก ต.สะเดียง อ.เมืองเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์ 67000

โทรศัพท์. 056-737080, 056-737081, 056-737083, 056-737085, 056-737086 โทรสาร 056-737075

E-Mail : admin@phetchabun1.go.th