

## การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

### ➤ วัน เวลา ที่เปิดให้บริการ จ่ายเงินตามโครงการ ONE STOP SERVICE

ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์) ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 15.00 น.

### ➤ ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. หนังสือนำส่งขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)
2. หนังสืใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน 2 ฉบับ (ผอ.ร.ร.ลงนามผู้เบิก)
3. แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131) พร้อมเอกสารประกอบการขอเบิก
4. กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

### ➤ หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. กรอกแบบคำขอ (แบบ 7131) ให้ครบถ้วนถูกต้อง
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่น ๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

- ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข **สถานพยาบาลต้องใส่รหัส**ของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด **ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย** (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ที่ลงในใบเสร็จรับเงิน)

3. กรณีเบิกสำหรับ**ตนเอง** ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

4. กรณีเบิกให้**บิดา - มารดา** ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)

5. กรณีเบิกให้**คู่สมรส** ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

7. กรณีบิดา มารดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

8. กรณีมารดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดามีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาทะเบียนหย่าเพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของฝ่ายใด

- กรณีเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้บุตร บุตรตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 20 ปีบริบูรณ์

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2. ขอบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ <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(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย 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"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ พัฒนาการจังหวัดบึงกาฬ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่  
ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ใ้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

## ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทงรองจ่ายไปก่อนแล้ว  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ  การศึกษาบุตร  ค่าเช่าบ้าน  ค่ารักษาพยาบาล  
เป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์ จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก  
(.....)

ตำแหน่ง.....