

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

➤ ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

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

➤ หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. กรอกแบบคำขอ (แบบ 7131) ให้ครบถ้วนถูกต้อง
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ ที่ลงในใบเสร็จรับเงิน)
 - ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อยุวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสค่ารักษาพยาบาล (5 หลัก) ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด
 - ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือ รับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วยทุกกรณี
 - กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี ต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีด้วย
3. กรณีเบิกสำหรับตนเอง ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
 - ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
4. กรณีเบิกให้บิดา - มารดา ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
5. กรณีเบิกให้คู่สมรส ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
 - ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
6. กรณีบิดา เบิกให้บุตร (บุตรตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 20 ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - สำเนาทะเบียนสมรส หรือ ถ้าบิดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา ให้แนบหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร
 - ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
7. กรณีมารดา เบิกให้บุตร (บุตรตั้งแต่แรกเกิด – อายุ 20 ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดาไม่มีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
 - กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนานบันทึกการหย่าเพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของฝ่ายใด

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () 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.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

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

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แบบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย จ

เป็นเงิน บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

ก

(2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

บัญชีธนาคาร ออมสิน ไทยพาณิชย์

เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรติดต่อ

คำชี้แจง

- ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่ส่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนิต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ปิดใบสำคัญ

จำนวนเงินตามใบสำคัญฉบับนี้จำนวน.....บาท

(.....) ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินไป

ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)