

แผนผังการให้บริการ/ขั้นตอนการขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล  
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครพนม

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ

ผู้ขอเบิกหรือผู้ขอรับบริการ

- กรอกแบบฟอร์มใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131) ยื่นที่กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์โดยตรง
- กรอกแบบฟอร์มใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131) ณ โรงเรียนที่สังกัดอยู่ และโรงเรียนนำส่งที่ สพม.นครพนม ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือน

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

- กรณียื่นเอกสารโดยตรงที่กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สพม.นครพนม → เจ้าหน้าที่ธุรการลงรับเอกสาร → ส่งเจ้าหน้าที่ผู้เบิกตรวจสอบเอกสารทันที
  - กรณีโรงเรียนนำส่ง → เจ้าหน้าที่ธุรการลงรับเอกสาร → ส่งเอกสารให้เจ้าหน้าที่ผู้เบิกเพื่อทำการตรวจสอบ
- \*\* หากมีการแก้ไขหรือให้ส่งเอกสารเพิ่มเติม จทพ.จะประสานไปยังผู้ขอเบิกหรือกลุ่มงานการเงินของโรงเรียน (ระยะเวลา 1-2 วัน นับจากวันที่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสาร)

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. รวบรวมเอกสารที่ตรวจสอบถูกต้องเรียบร้อยแล้วเพื่อจัดทำรายละเอียดงบประมาณเพื่อขออนุมัติเบิกเงิน
  2. เสนอบันทึกลงขออนุมัติเบิกเงินในระบบ GFMS
  3. รอคัดลงอนุมัติโอนเงินหลังจากเข้าเบิกเงินในระบบ GFMS ประมาณ 3 วันทำการ
- (ระยะเวลาในการขอเบิกเงินจะอยู่ระหว่างวันที่ 20-25 ของแต่ละเดือน)

การจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

- หลังจาก สพม.นครพนม ได้รับเงินโอนจากกรมบัญชีกลางเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้เบิกเงินส่งเอกสารพร้อมรายละเอียดการจ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเพื่อโอนเงินเข้าบัญชีให้กับผู้มีสิทธิรับเงิน/ผู้ขอเบิก (บัญชีเงินเดือน) โดยจ่ายผ่านระบบ KTB Corporate Online
- (ระยะเวลาในการจ่ายเงินคือวันที่กำหนดจ่ายเงินเดือนและค่าจ้างประจำในแต่ละเดือน หรือ ก่อนวันทำการสุดท้าย ของเดือน 3 วันทำการ)

หมายเหตุ

- ✓ กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์รวบรวมเอกสารเบิกจ่ายเดือนละครั้ง หากส่งเอกสารขอเบิก แก้ไข เพิ่มเติม หลังวันที่ 15 ของแต่ละเดือน จะรวบรวมเบิกในเดือนถัดไป
- ✓ หากมีข้อสงสัยหรือสอบถาม กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ โทร. 088-5699866

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) 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	
	ป่วยเป็นโรค.....	
	และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (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	
	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 แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ	
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
	<input type="checkbox"/> 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)

## ➤ หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

### ● กรณีเบิกสำหรับตนเอง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/บำนาญ)
2. ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

### ● กรณีเบิกให้บิดา

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
3. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
4. ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

### ● กรณีเบิกให้มารดา

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
3. ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

### ● กรณีเบิกให้คู่สมรส

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
4. ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

### ● กรณีบิดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
2. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
3. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
4. ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

### ● กรณีมารดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
2. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
3. กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดามีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่จะขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
4. กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาบันทนาการหย่า เพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของฝ่ายใด

\*\*\* ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ตกลงใบเสร็จรับเงิน)