

การขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนกระบวนการ

1. ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล

1.1 เข้าเว็บไซต์กรมบัญชีกลาง www.cgd.go.th กดที่ “รักษาพยาบาล”

1.2 กดที่ “ระบบตรวจสอบสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล”

1.3 กดที่ “กรอกเลขที่บัตรประชาชน”

สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการขึ้นว่า

“มีสิทธิ” = เบิกได้

“ไม่มีสิทธิ” = เบิกไม่ได้

“ไม่มีสิทธิ เนื่องจาก สิทธิประกันสังคม” = เบิกได้ส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาล

2. ตรวจสอบความถูกต้อง

2.1 รายละเอียดของใบเสร็จรับเงิน **ใบเสร็จรับเงินต้องไม่หมดอายุ**

การนับอายุของใบเสร็จ

2.1.1 ผู้มีสิทธิยื่นใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล พร้อมหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล ต่อผู้บังคับบัญชา ภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ปรากฏในใบเสร็จรับเงิน

2.1.1 กรณีออกจากราชการเป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัดให้นำหลักฐานมาเบิกภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบการส่งจ่ายบำนาญ เบี้ยหวัด

2.1.3 กรณีถูกสั่งพักราชการหรือออกจากราชการไว้ก่อนให้นำหลักฐานมาเบิกภายใน 1 ปี นับแต่วันที่รับทราบผลคดีหรือกรณีถึงที่สุด

2.2 วิเคราะห์สถานพยาบาล

2.2.1 สถานพยาบาลของทาง**ราชการ**

2.2.1.1 ผู้ป่วยนอก

1. เบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาล

2. สำรองจ่ายและยื่นเบิกกับส่วนราชการผู้เบิก

3. โรงพยาบาลที่ไม่มีเบิกจ่ายตรงต้องสำรองจ่ายยื่นเบิกกับส่วนราชการผู้เบิก

- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ฯ

- โรงพยาบาลศูนย์ศรีพัฒน์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

/2.2.1.2 ผู้ป่วยใน...

2.2.1.2 ผู้ป่วยใน

1. เบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลทุกกรณี
2. สำรองจ่ายและยื่นเบิกกับส่วนราชการผู้เบิกต้องทำขออนุมัติกรมบัญชีกลาง
3. โรงพยาบาลที่ไม่มีเบิกจ่ายตรงต้องสำรองจ่ายยื่นเบิกกับส่วนราชการผู้เบิก

และทำขออนุมัติกรมบัญชีกลาง

- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ฯ
- โรงพยาบาลศูนย์ศรีพัฒน์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2.2.2 สถานพยาบาลของทางเอกชน

2.2.2.1 นวัตกรรมตัดล่วงหน้า DRGs

2.2.2.2 เข้ารับการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.2 วิเคราะห์รายการค่ารักษาพยาบาล

2.2.1 “การวิเคราะห์แต่ละรายการ” ค่ารักษาพยาบาลในใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของทางราชการ ต้องพิจารณาเบิกตาม “อัตราค่าบริการสาธารณสุข” ดังนี้

2.2.1.1 เข้าเว็บไซต์กรมบัญชีกลาง www.cgd.go.th กดที่ “รักษาพยาบาล”

2.2.1.2 กดที่ “ระบบตรวจสอบสิทธิสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล”

2.2.1.3 กดที่ “อัตราค่าบริการสาธารณสุข”

2.2.1.4 พิมพ์ช่อง “รหัสรายการ”

2.2.1 อัตราค่าบริการสาธารณสุข มีดังนี้

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

หมวดที่ 2 อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

หมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์มีไข้ยา

หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ

หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

หมวดที่ 11 ค่าทำหัตถการและวิสัญญี

หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์

หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม

หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น

หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

การขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนการขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

1. กรอก/พิมพ์แบบคำขอ แบบ 7131 ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน และหลักฐานอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ให้ถูกต้องและครบถ้วน
3. ส่งเอกสารหลักฐานมายังงานการเงินและบัญชี ภายในวันที่ 5 และ 15 ของทุกเดือน
4. งานการเงินและบัญชีตรวจสอบเอกสารหลักฐานและหลักเกณฑ์การเบิกของแต่ละกรณี

เอกสารหลักฐานประกอบการขอเบิกจ่าย

กรณีที่ 1 เบิกให้ตนเอง - ไม่ต้องแนบหลักฐาน

กรณีที่ 2 เบิกให้บิดา

- | | |
|---|-------|
| 1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก | 1 ชุด |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน <u>บิดา</u> | 1 ชุด |
| 3. สำเนาทะเบียนสมรส <u>บิดา</u> หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
หรือ หนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา | 1 ชุด |
| 4. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) | 1 ชุด |

กรณีที่ 3 เบิกให้มารดา

- | | |
|--------------------------------------|-------|
| 1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก | 1 ชุด |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน <u>มารดา</u> | 1 ชุด |
| 3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) | 1 ชุด |

กรณีที่ 4 เบิกให้คู่สมรส

- | | |
|--------------------------------------|-------|
| 1. สำเนาทะเบียนสมรส | 1 ชุด |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน <u>คู่สมรส</u> | 1 ชุด |
| 3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) | 1 ชุด |

กรณีที่ 5 บิดาเบิกให้บุตร

- | | |
|--|-------|
| 1. สำเนาทะเบียนบ้าน <u>บุตร</u> หรือสำเนาสูติบัตร | 1 ชุด |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน <u>บิดา</u> หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
หรือหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา | 1 ชุด |
| 3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) | 1 ชุด |

*หากบิดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก จะต้องให้บิดาเป็นผู้ยื่นเบิกเท่านั้น

กรณีที่ 6 มารดาเบิกให้บุตร

- | | |
|---|-------|
| 1. สำเนาทะเบียนบ้าน <u>บุตร</u> หรือสำเนาสูติบัตร | 1 ชุด |
| 2. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี) | 1 ชุด |

*หากมารดาต้องการใช้สิทธิในการขอเบิก จะต้องทำหนังสือแจ้งไปยังต้นสังกัดของ

คู่สมรสเพื่อขอใช้สิทธิ และทางต้นสังกัดของคู่สมรสจะทำหนังสือตอบกลับมา แบบ 7129, 7130 แล้วให้มารดาสำเนาเอกสารแนบทุกครั้งที่ยื่นขอเบิกสำหรับบุตร

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง
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 เป็นเงิน.....บาท (.....) (ข) และ (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (ค) (2)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตาม พระราชกฤษฎีกา ฯ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4.	เสนอ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ประจำวิทยาเขตลำปาง (ง) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่..... **ความเห็นของงานการเงินและบัญชี** ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้เป็นเงิน.....บาท (.....) (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ (นางอารุณี วงศ์พุ่ม) วันที่.....		
5.	คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (นายวิเชียร วงศ์วัน) รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ประจำวิทยาเขตลำปาง วันที่.....		
6.	ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ..... ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่..... </td> </tr> </table>	โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ..... ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....	(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....
โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ..... ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....	(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....		

คำชี้แจง

- (ก) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิ์เพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใด
- เมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- (ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี
- (ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบแนบใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้จ่ายเงินเป็น “ค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล” จจริง จำนวน บาท
และขอรับเงินดังกล่าวตามสิทธิที่ได้รับ คือ ☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน เป็นเงินทั้งสิ้น บาท
(.....) ซึ่งได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอเบิก (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
---	---