



คู่มือการให้บริการ

การเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล



กองกลาง ฝ่ายการเงิน

สำนักงานอธิการบดี

สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์

คำนำ

คู่มือการให้บริการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จัดทำขึ้นเพื่อแสดงแนวทางการปฏิบัติระหว่างผู้เข้ารับบริการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ภายในหน่วยงานสำนักงานอธิการบดีสถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติสำหรับการให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย ชื่องาน ขอบเขตวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย วิธีขั้นตอนการตรวจสอบเบื้องต้น หลักฐานเอกสารที่ต้องใช้ในการประกอบขอเบิกจ่ายช่องทางการให้บริการ แผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รับความเข้าใจแก่ผู้รับบริการทำให้เกิดประโยชน์ในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กองกลาง ฝ่ายการเงิน
สำนักงานอธิการบดี
สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์

การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๑. ชื่องาน การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้ผู้มีสิทธิในการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้ทราบถึงกระบวนการปฏิบัติงาน

๒.๒ เพื่อทราบถึงช่องทางการติดต่อการใช้บริการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

๓. ขอบเขต

การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อ้างอิงตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ ของกระทรวงการคลัง และหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว๓๗๙ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓ เรื่องหลักเกณฑ์ กระทรวงการคลังว่าด้วย วิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และรวมถึง หนังสือเวียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๔. เป้าหมาย

๔.๑ ข้าราชการครู อาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษาอื่น

๔.๒ ลูกจ้างประจำ

๔.๓ ข้าราชการบำนาญ

๕. วิธีขั้นตอนการตรวจสอบเบื้องต้น

๕.๑ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบผู้ที่ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายรักษาพยาบาลตามเลขบัตรประชาชนของผู้ที่ใช้สิทธิ ผ่านทางเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง <https://mbdb.cgd.go.th/wel/>



รูปภาพอ้างอิงมาจากเว็บไซต์ <https://mbdb.cgd.go.th/wel/>

๕.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลตามแบบฟอร์มใบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑)

๕.๓ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล โดยชื่อ – นามสกุล ในใบเสร็จรับเงินต้องตรงกับใบขอเบิกและเอกสารแนบต่าง ๆ และใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้องมีอายุในการเบิกภายใน ๑ ปี นับจากวันที่ลงในใบเสร็จรับเงิน หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้มีสิทธิไม่ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

หมายเหตุ กรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จะเบิกได้ก็ต่อเมื่อมีหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย

๕.๔ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินกรณีเบิกค่าอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียมและค่าบริการสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลต้องใส่รหัสของ อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมหรือค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ไว้ในใบเสร็จรับเงินด้วยและออกใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล (แบบ ๗๑๓๕) เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการในการเบิกจ่ายตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด ผ่านทางเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqp.jsp>

The screenshot shows the official website of the Comptroller General's Department (กรมบัญชีกลาง). The header features the department's logo and name in Thai and English. Below the header, there is a search form titled "ค้นหาอัตราอุปกรณ์อวัยวะเทียม" (Search for medical equipment and prosthetic rates). The form includes a text input field for the equipment name, a "ค้นหา" (Search) button, and a "ยกเลิก" (Cancel) button. A note in Thai indicates that the search results will be displayed in a new window. The URL in the browser's address bar is <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqp.jsp>.

รูปภาพอ้างอิงมาจากเว็บไซต์ <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqp.jsp>

หมายเหตุ บางรายการอาจไม่เป็นปัจจุบันต้องดูจากหนังสือเวียนใหม่ล่าสุด ของกรมบัญชีกลางประกอบด้วย

๕.๕ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล โดยตรวจสอบอัตราค่าบริการเบิกจ่ายและอัตราค่าบริการสาธารณสุข ผ่านทางเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searchmed.jsp>

รูปภาพอ้างอิงมาจากเว็บไซต์ <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searchmed.jsp>

หมายเหตุ บางรายการอาจไม่เป็นปัจจุบันต้องดูจากหนังสือเวียนใหม่ล่าสุด ของกรมบัญชีกลางประกอบด้วย

๕.๖ ค่าหักลดการและวิสัญญีเป็นการผ่าตัดในท้องผ่าตัดไม่ต้องมีรหัสกรมบัญชีกลาง เบิกจ่ายได้เท่าที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

๕.๗ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยให้เป็นไปตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว๓๓ ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๔ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะต้องมีใบรับรองแพทย์จากแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

๕.๘ การเบิกค่ารักษาพยาบาลทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟูให้เบิกได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๗/ว๑๗ ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๐ เรื่อง ขอแก้ไขและข้อความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

๕.๙ การตรวจสุขภาพประจำปีเบิกได้เฉพาะผู้มีสิทธิ การตรวจสุขภาพประจำปี ให้ตรวจตามปีงบประมาณปีละ ๑ ครั้ง และจะต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น

หมายเหตุ บุคคลในครอบครัวเบิกไม่ได้

๕.๑๐ ค่าตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์ และค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล จะไม่สามารถเบิกได้

๖. หลักฐานประกอบการขอเบิก

๖.๑ ผู้มีสิทธิขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มใบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) ให้ครบถ้วน

หมายเหตุ กรณีสถานพยาบาลไม่มียา อุปกรณ์หรือการตรวจต่าง ๆ แล้วสถานพยาบาลส่งให้ไปซื้อหรือตรวจจากที่อื่น ให้สถานพยาบาลออกตามแบบฟอร์มใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล (แบบ ๗๑๓๕) และต้องกรอกแบบให้ครบถ้วน พร้อมประทับตราสถานพยาบาลที่ส่ง

**** วันที่ส่งใบรับรองฯ จะต้อง ส่งก่อนหรือวันเดียวกันกับวันที่ไปซื้อหรือตรวจ ****

๖.๒ แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบการขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

หมายเหตุ ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลมีอายุในการเบิกภายใน ๑ ปี นับจากวันที่ลงในใบเสร็จรับเงิน หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้มีสิทธิไม่ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

๖.๓ เอกสารหลักฐานประกอบในการขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

๖.๓.๑ กรณีผู้มีสิทธิขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ให้ตนเอง

(๑) สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาน้ำยาชีนาคารกรุงไทย ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาน้ำยาชีนาคารกรุงไทย ใช้เฉพาะกรณีของข้าราชการบำนาญ เท่านั้น

๖.๓.๒ กรณีผู้มีสิทธิขอใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ของ บุตร คู่สมรส บิดา และมารดา

เบิกให้บุตร เบิกได้กรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยอายุต้องไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์

(๑) สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาบัตรประชน ของบุตร จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ของบุตร จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) กรณีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ใช้สำเนาทะเบียนรับรองบุตร

หรือสำเนาคำสั่งศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย จำนวน ๑ ฉบับ

(๕) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ เบิกได้กรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ โดยอายุต้องไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์

เบิกให้คู่สมรส

(๑) สำเนาบัตรประชน ของคู่สมรส จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

เบิกให้บิดา

(๑) สำเนาบัตรประชน ของบิดา จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

เบิกให้มารดา

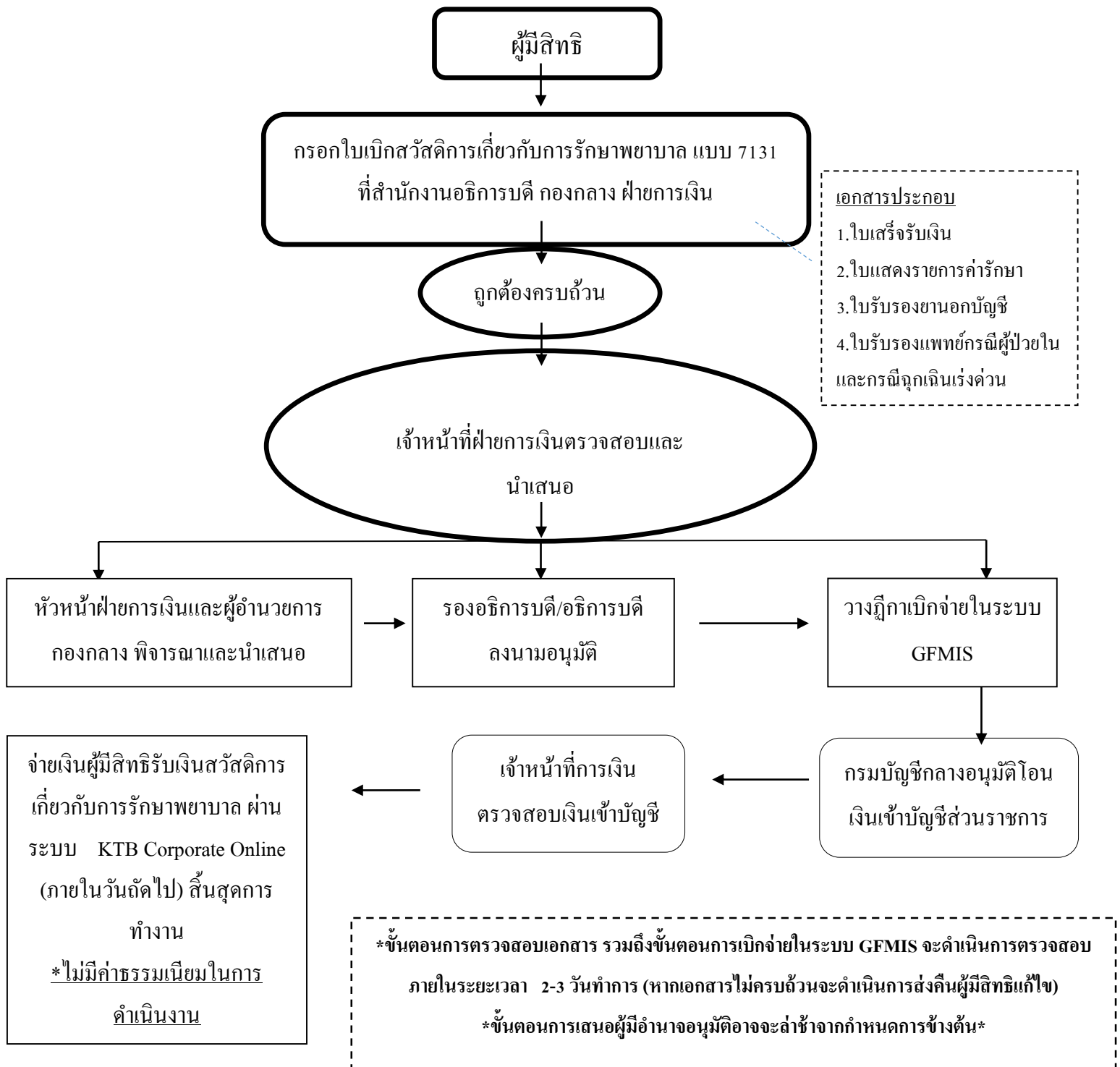
(๑) สำเนาบัตรประชน ของมารดา จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

๗. ขั้นตอนแผนผังการปฏิบัติงาน

Flow Chart ขั้นตอนปฏิบัติงาน
การเบิกเงินสวัสดิการค่าการรักษาพยาบาล



๘. ช่องทางการให้บริการ

๘.๑ สถานที่ให้บริการสำหรับมายื่นเอกสารด้วยตนเอง สำนักงานอธิการบดี กองกลาง ฝ่ายการเงิน อาคารสำนักงานอธิการบดี ชั้น ๑ สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ (ศาลายา) เลขที่ ๑๑๙/๑๙ หมู่ ๓ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ๗๓๑๗๐

หมายเหตุ กรณีผู้มีสิทธิมีข้อสงสัย สามารถติดต่อได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๔๘๒-๒๑๗๖ ต่อ ๓๐๙ , ๓๑๑ ในเวลาราชการ ตั้งแต่ เวลา ๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. ชื่อผู้ให้บริการ นางสาวยุวภรณ์ อินทอง ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี สังกัด สำนักงานอธิการบดี กองกลาง ฝ่ายการเงิน

๘.๒ จัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ กรุณาจัดส่ง ให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ที่อยู่ เลขที่ ๑๑๙/๑๙ หมู่ ๓ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ๗๓๑๗๐

หมายเหตุ โดยผู้ขอใช้สิทธิคำรักษาพยาบาลกรอกข้อมูลกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มใบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) ให้ครบถ้วน และแนบเอกสารใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล และหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบการขอเบิกเงินสวัสดิการคำรักษาพยาบาล แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

๙. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๙.๑ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ ของกระทรวงการคลัง

๙.๒ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว๓๗๙ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓ เรื่องหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย วิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และรวมถึงหนังสือเวียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง



ภาคผนวก

- แบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แบบ ๗๑๓๑
- แบบฟอร์มรับรองผู้จ่ายเงินได้จ่ายตรงไปก่อนแล้วและขอเบิกตามสิทธิ

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ☐ ตนเอง ☐ คู่สมรส ชื่อเลขประจำตัวประชาชน..... ☐ บิดา ชื่อเลขประจำตัวประชาชน..... ☐ มารดา ชื่อเลขประจำตัวประชาชน..... ☐ บุตร ชื่อเลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....	
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก	
ป่วยเป็นโรค.....* และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวนฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย	
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ	
(1) ข้าพเจ้า	☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2).....ข้าพเจ้า	☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

หน้าที่ 2

4. เสนอ.....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

รับรองผู้จ่ายเงินได้จ่ายตรงไปก่อนแล้วและขอเบิกตามสิทธิ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน ฉบับ ช่างต้นข้าพเจ้าได้จ่ายตรงไปก่อนแล้ว
และขอเบิกตามสิทธิ เป็นจำนวนเงิน บาท

ลงชื่อ * ผู้จ่ายเงิน
(.....)