คู่มือการให้บริการ

การเบิกเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

กองกลาง ฝ่ายการเงิน
สำนักงานอธิการบดี
สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์

คำนำ

คู่มือการให้บริการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จัดทำขึ้นเพื่อแสดงแนวทางการปฏิบัติระหว่างผู้เข้ารับบริการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ภายในหน่วยงานสำนักงานอธิการบดี สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติสำหรับการให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย ชื่องาน ขอบเขต วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย วิธีขั้นตอนการตรวจสอบเบื้องต้น หลักฐานเอกสารที่ต้องใช้ในการประกอบขอเบิกจ่าย ช่องทางการให้บริการ แผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รับรู้ความเข้าใจแก่ผู้รับบริการทำให้เกิดประโยชน์ในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กองกลาง ฝ่ายการเงิน
สำนักงานอธิการบดี
สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. ชื่องาน	๑
๒. วัตถุประสงค์	๑
๓. ขอบเขต	๑
๔. เป้าหมาย	๑
๕. วิธีขั้นตอนการตรวจสอบเบื้องต้น	๑ - ๓
๖. หลักฐานประกอบการขอเบิก	๓ - ๔
๗. ขั้นตอนแผนผังการปฏิบัติงาน	๕
๘. ช่องทางการให้บริการ	๖
๙. ค่าธรรมเนียมการให้บริการ	๖
๑๐. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๖
๑๑. ภาคผนวก	
- แบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษพยาบาล แบบ ๗๑๓๑	๗ - ๘
- แบบฟอร์มรับรองผู้จ่ายเงินได้จ่ายทดรองไปก่อนแล้วและขอเบิกตามสิทธิ	๙

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 เรื่องหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย วิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และรวมถึงหนังสือเวียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๔. เป้าหมาย

๔.๑ ข้าราชการครู อาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษาอื่น

๔.๒ ลูกจ้างประจำ

๔.๓ ข้าราชการบำนาญ

๕. วิธีขั้นตอนการตรวจสอบเบื้องต้น

๕.๑ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบผู้ที่ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายรักษาพยาบาลตามเลขบัตรประชาชนของผู้ที่ใช้สิทธิผ่านทางเว็ปไซค์ของกรมบัญชีกลาง https://mbdb.cgd.go.th/wel/

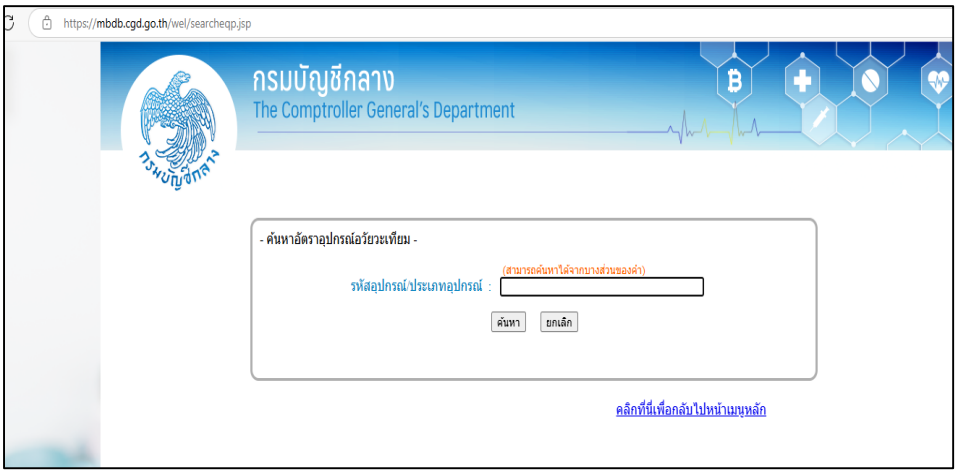
รูปภาพอ้างอิงมาจากเว็ปไซต์ https://mbdb.cgd.go.th/wel/

๕.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลตามแบบฟอร์มใบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑)

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

<u>หมายเหตุ</u> กรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จะเบิกได้ก็ต่อเมื่อมีหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย

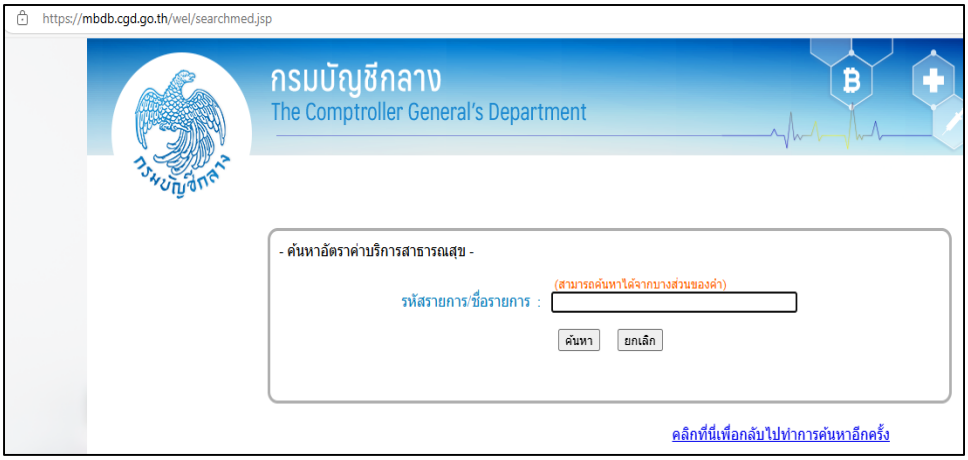
๕.๔ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินกรณีเบิกค่าอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียมและค่าบริการสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลต้องใส่รหัสของ อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมหรือค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ไว้ในใบเสร็จรับเงินด้วยและออกใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล (แบบ ๗๑๓๕) เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการในการเบิกจ่ายตามอัตราที่กรมบัญชีกกลางกำหนด ผ่านทางเว็ปไซต์ของกรมบัญชีกลาง https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqp.jsp



รูปภาพอ้างอิงมาจากเว็ปไซต์ https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqp.jsp

<u>หมายเหตุ</u> บางรายการอาจไม่เป็นปัจจุบันต้องดูจากหนังสือเวียนใหม่ล่าสุด ของกรมบัญชีกลางประกอบด้วย

๕.๕ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล โดยตรวจสอบอัตราการเบิกจ่ายและอัตราค่าบริการสาธารณสุข ผ่านทางเว็ปไซต์ของกรมบัญชีกลาง https://mbdb.cgd.go.th/wel/searchmed.jsp



รูปภาพอ้างอิงมาจากเว็ปไซต์ https://mbdb.cgd.go.th/wel/searchmed.jsp

หมายเหตุ บางรายการอาจไม่เป็นปัจจุบันต้องดูจากหนังสือเวียนใหม่ล่าสุด ของกรมบัญชีกลางประกอบด้วย

๕.๖ ค่าหัตถการและวิสัญญีเป็นการผ่าตัดในห้องผ่าตัดไม่ต้องมีรหัสกรมบัญชีกลาง 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 ขอแก้ไขและซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

๕.๙ การตรวจสุขภาพประจำปีเบิกได้เฉพาะผู้มีสิทธิ การตรวจสุขภาพประจำปี ให้ตรวจตามปีงบประมาณ ปีละ ๑ ครั้ง และจะต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น

หมายเหตุ บุคคลในครอบครัวเบิกไม่ได้

๕.๑๐ ค่าตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์ และค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจะไม่สามารถเบิกได้

๖. หลักฐานประกอบการขอเบิก

๖.๑ ผู้มีสิทธิขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มใบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) ให้ครบถ้วน

<u>หมายเหตุ</u> กรณีสถานพยาบาลไม่มียา อุปกรณ์หรือการตรวจต่าง ๆ แล้วสถานพยาบาลสั่งให้ไปซื้อหรือตรวจจากที่อื่น ให้สถานพยาบาลออกตามแบบฟอร์มใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล (แบบ ๗๑๓๕) และต้องกรอกแบบให้ครบถ้วน พร้อมประทับตราสถานพยาบาลที่สั่ง

**** วันที่สั่งในใบรับรองฯ จะต้อง สั่งก่อนหรือวันเดียวกันกับวันที่ไปซื้อหรือตรวจ ****

๖.๒ แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบการขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

<u>หมายเหตุ</u> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลมีอายุในการเบิกภายใน ๑ ปี นับจากวันที่ลงในใบเสร็จรับเงิน หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้มีสิทธิไม่ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

๖.๓ เอกสารหลักฐานประกอบในการขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

๖.๓.๑ กรณีผู้มีสิทธิขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ให้ตนเอง

(๑) สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

<u>หมายเหตุ</u> สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ใช้เฉพาะกรณีของข้าราชการบำนาญ เท่านั้น

๖.๓.๒ กรณีผู้มีสิทธิขอใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ของ บุตร คู่สมรส บิดา และมารดา

<u>เบิกให้บุตร</u> เบิกได้กรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยอายุต้องไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์

(๑) สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาบัตรประชน ของบุตร จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ของบุตร จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนอย่า ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) กรณีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ใช้สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำสั่งศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย จำนวน ๑ ฉบับ

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

<u>หมายเหตุ</u> เบิกได้กรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ โดยอายุต้องไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์

<u>เบิกให้คู่สมรส</u>

(๑) สำเนาบัตรประชน ของคู่สมรส จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน ๑ ฉบับ

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

<u>เบิกให้บิดา</u>

(๑) สำเนาบัตรประชน ของบิดา จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มีสิทธิ จำนวน ๑ ฉบับ

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

<u>เบิกให้มารดา</u>

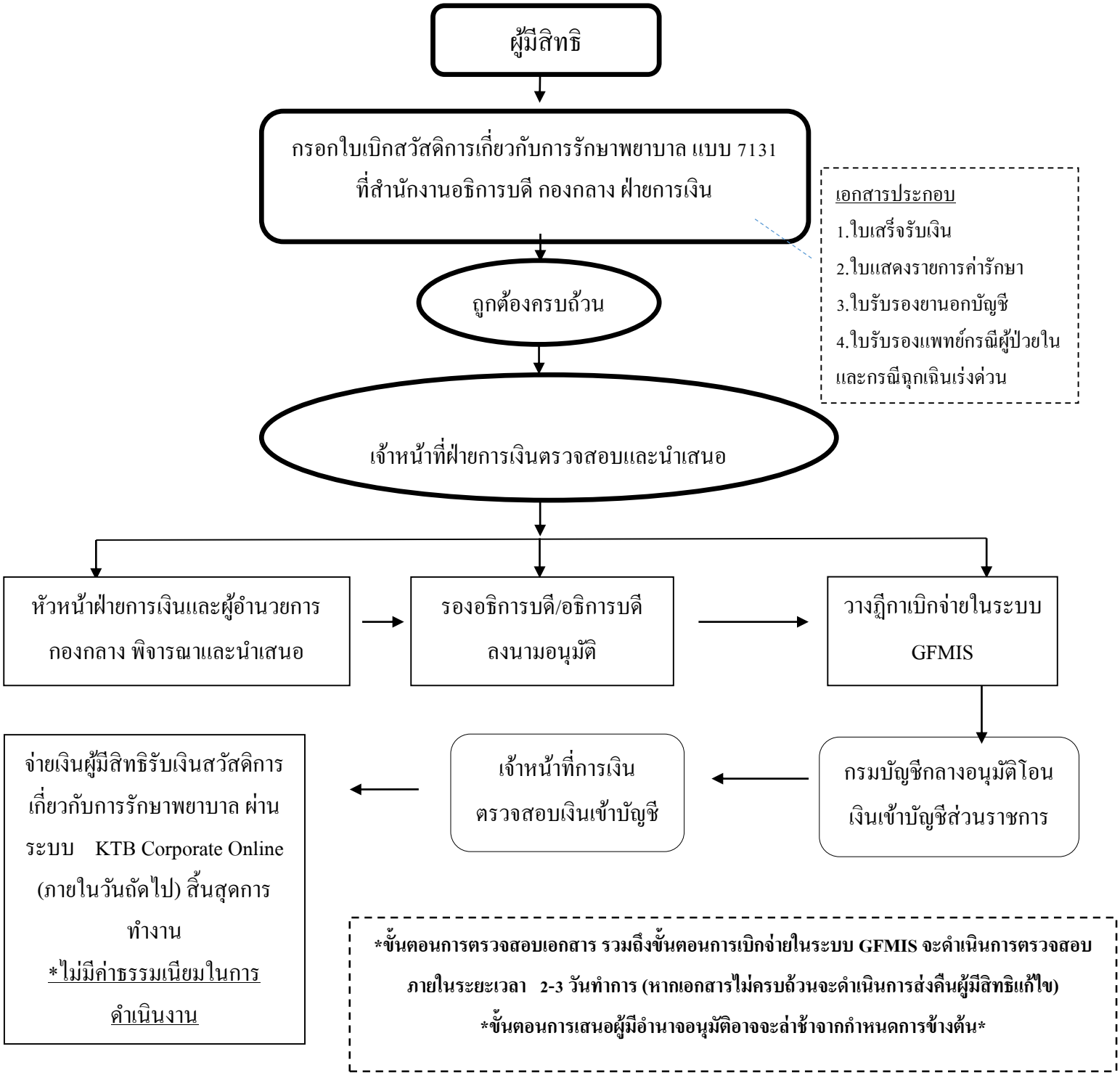
(๑) สำเนาบัตรประชน ของมารดา จำนวน ๑ ฉบับ

(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 สามารถติดต่อมาได้ที่ 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 โดยผู้ขอใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลกรอกข้อมูลกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มใบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) ให้ครบถ้วน และแนบเอกสารใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบการขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

๙. ค่าธรรมเนียมการให้บริการ

การเข้ารับบริการเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล **ไม่มีค่าธรรมเนียมในการดำเนินการ**

๑๐. 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

- แบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษพยาบาล แบบ ๗๑๓๑
- แบบฟอร์มรับรองผู้จ่ายเงินได้จ่ายทดรองไปก่อนแล้วและขอเบิกตามสิทธิ

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ 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.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่
.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน .....ฉบับ

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

รับรองผู้จ่ายเงินได้จ่ายทดรองไปก่อนแล้วและขอเบิกตามสิทธิ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน ..... ฉบับ ข้างต้นข้าพเจ้าได้จ่ายทดรองไปก่อนแล้ว
และขอเบิกตามสิทธิ เป็นจำนวนเงิน ..... บาท

ลงชื่อ *..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)