คู่มือปฏิบัติงานเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

นางณัทชลิดา ภาชา

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

กลุ่มบริการงานการเงินและสินทรัพย์

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 2

คำนำ

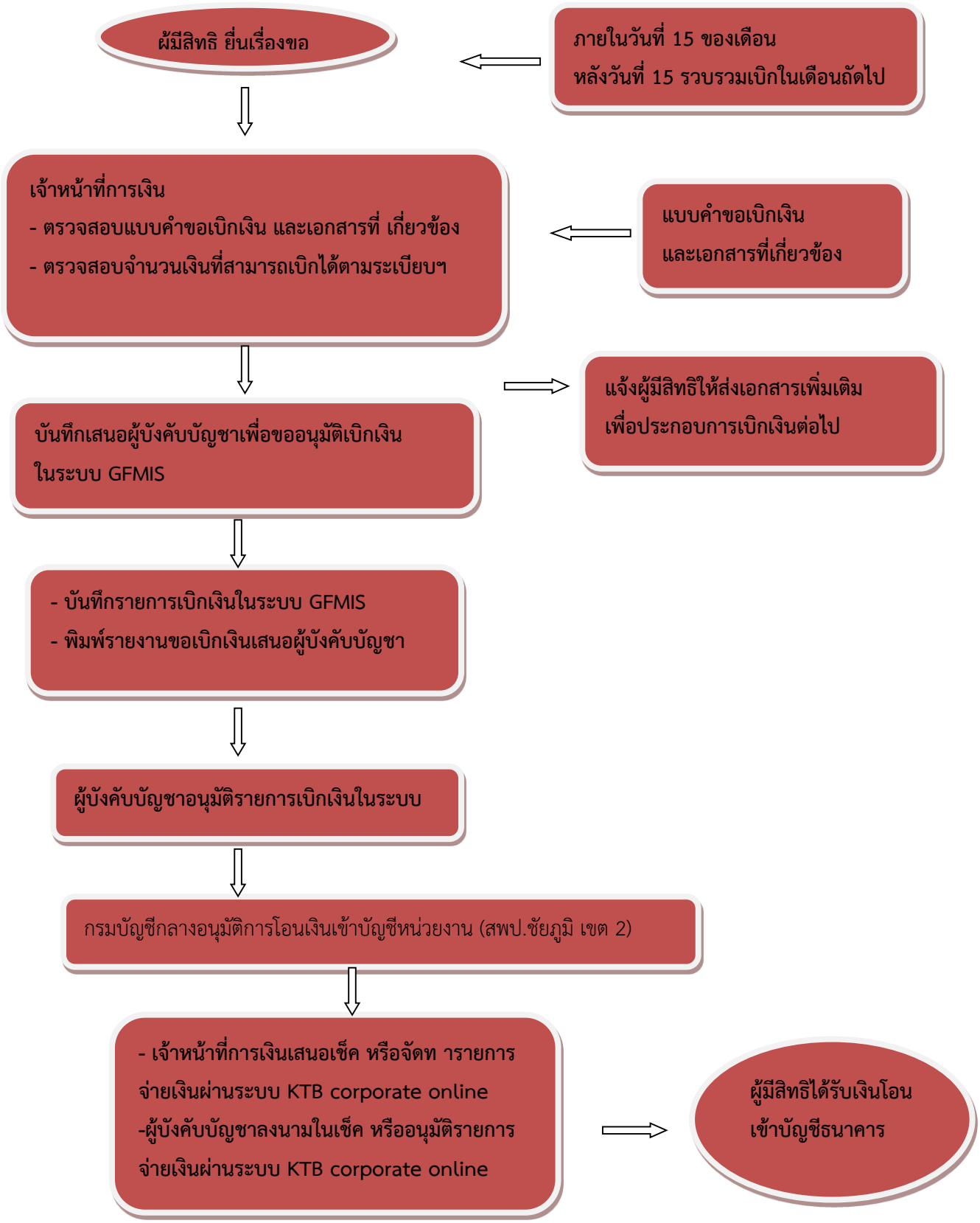
คู่มือการปฏิบัติงานเล่มนี้ ผู้จัดทำเรียบเรียง ขั้นตอน วิธีการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของบุคลากรในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิ เขต 2 รวมถึง ได้รวบรวมระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ที่สนใจได้ศึกษาหรือนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานต่อไป

ณัทชลิดา ภาชา
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญ

สารบัญ

	หน้า
การขอรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	1
Mobile Application “CGD iHealthcare”	8

แผนผังการปฏิบัติงาน
การขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. หนังสือนำส่งขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)

2. หน้างบใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ (ผอ.ร.ร.ลงนามผู้เบิก)

3. แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131) พร้อมเอกสารประกอบการขอเบิก

4. กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1. กรอกแบบคำขอ (แบบ 7131) ให้ครบถ้วนถูกต้อง (ตัวอย่างตามแนบท้าย)

2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ในใบเสร็จรับเงิน) และหลักฐานอื่นๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

2.1 ใบเสร็จรับเงิน (ค่ายาที่เบิกได้ คือ “ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ”)

2.2 หนังสือแสดงอัตราค่าบริการสำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง (ถ้ามี) (ซึ่งแสดงรหัสกรมบัญชีกลาง 5 หลัก)

หมายเหตุ ถ้าไม่มีรายการที่ 2.2 ในใบเสร็จรับเงินจะต้องระบุรหัสกรมบัญชีกลาง (ตัวเลข 5 หลัก) ด้วยทุกครั้ง (รายการอื่นในใบเสร็จรับเงิน ยกเว้น ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องระบุรหัสของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการ เบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด)

2.3 ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย

2.4 ค่านวดเพื่อการรักษาหรือการรักษาโดยแพทย์แผนไทย ต้องแนบหนังสือรับรอง คณะกรรมการหรือแพทย์แผนไทยผู้ทำการรักษา

3. เอกสารแนบ

ผู้มีสิทธิต้องแนบเอกสารอ้างอิงความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง ที่มีการขอเบิกเงิน ดังต่อไปนี้

1. ใช้สิทธิเบิกให้บุตร (บุตรชอบด้วยกฎหมาย) ของผู้มีสิทธิ มี 2 กรณี

1.1 กรณีมารดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก

เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
1. สายเลือด	สูติบัตรของบุตร หรือ ทะเบียนบ้านของบุตร

1.2 กรณีบิดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก

1) เด็กที่เกิดในระหว่างการสมรสของบิดา มารดา ถือว่าเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของบิดา

2) เด็กซึ่งเกิดนอกสมรส เด็กซึ่งเกิดก่อนการจดทะเบียนสมรสหรือบิดา มารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกัน จะเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายได้เมื่อ

- บิดา มารดาของเด็กได้ทำการจดทะเบียนสมรสกันในภายหลัง
- บิดา ได้จดทะเบียนรับรองว่าเป็นบุตรของตน มีผลนับแต่วันจดทะเบียนเด็กเป็นบุตร - มีคำพิพากษาของศาลว่า เป็นบุตรของตน มีผลนับแต่วันที่มีคำพิพากษาถึงที่สุด

(ทั้งนี้ ผลของความเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายจะย้อนหลังไปจนถึงวันที่บุตรเกิด)

เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
1. จดทะเบียนสมรสกับมารดาของบุตร	ทะเบียนสมรส หรือ ทะเบียนหย่า
2. จดทะเบียนรับรองบุตร	ทะเบียนรับรองบุตร (แบบ คร.11)
3. คำพิพากษาของศาล	คำสั่งศาลหรือคำพิพากษาของศาลว่าผู้มีสิทธิเป็นบิดา ชอบด้วยกฎหมายของบุตร

2. ใช้สิทธิเบิกให้บิดา

เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
1. จดทะเบียนสมรสกับมารดาของผู้มีสิทธิ	ทะเบียนสมรส หรือ ทะเบียนหย่า (กรณีหย่ากันตาม กฎหมาย)
2. จดทะเบียนรับรองบุตร	ทะเบียนรับรองบุตร (แบบ คร.11)
3. คำพิพากษาของศาล	คำสั่งศาลหรือคำพิพากษาของศาลว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตร ชอบด้วยกฎหมายของบิดา
4. อยู่กินกับมารดาของผู้มีสิทธิก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478	หนังสือรับรองของผู้ควรเชื่อถือได้ที่รับรองว่าบิดามารดาของผู้มีสิทธิอยู่กินกันฉันสามีภรรยาก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478

3. ใช้สิทธิเบิกให้มารดา

เป็นมารดาชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
1. สายเลือด	สูติบัตรของผู้มีสิทธิหรือ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ

4. ใช้สิทธิเบิกให้คู่สมรส

เป็นคู่สมรสชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
1. จดทะเบียนสมรส	ทะเบียนสมรส

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก ตำแหน่ง.....

สังกัด..... โทรศัพท์.....(ที่ติดต่อได้)

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ตนเอง

☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ก

ป่วยเป็นโรค..... ระบุโรคที่ได้รับการรักษา

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) ..... ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา

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

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินรวมทุกฉบับ บาท

(..... เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

จำนวนใบเสร็จรับเงินทั้งหมดที่ได้รับการรักษา

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

☐ ตามสิทธิ ☐ และส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

และส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

จำนวนเงินที่เบิกได้ตามสิทธิ

เป็นเงิน.....บาท (..... เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร) ☐ ข และ

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

ระบุคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร ขึ้นอยู่กับใบเสร็จเป็นค่ารักษาของใคร

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)..... ☐ ค ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ .....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

☐ ๑

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ชื่อผู้มีสิทธิขอเบิก

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

ระบุวัน / เดือน / ปี ที่ส่งเรื่องขอเบิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

ผู้มีอำนาจอนุมัติ
- กรณีข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ชื่อ ผอ.ร.ร.
- กรณีข้าราชการบำนาญ /ครูเวร

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ☐ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเบิกเงิน และขาดผู้เท่าใดการมีได้รับจากหน่วยงานอื่นเนื่องจากสิทธิตาม พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดผู้เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามสัญญาประกันภัย
- ☐ ให้ระบุคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ ให้ลงลายมือผู้มีอำนาจอนุมัติ

บันทึกคำชี้แจงประกอบการขอเบิก “ค่าตรวจสุขภาพประจำปี”

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....โรงเรียน.....

สังกัด ส านักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2 ขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. ..... เป็นครั้งแรก กับโรงพยาบาล.....จังหวัด..... .....

เป็นเงิน.....บาท (.....)

ใบเสร็จเลขที่.....ลงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร.....

รายการแนบท้าย: ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ตาม ว.177

** เบิกได้เฉพาะ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ**
เบิกไม่ได้บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร)

การตรวจสุขภาพประจำปี ให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนทุกครั้ง และให้เบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

1. การตรวจสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์ (580 บาท)

รายการ	ราคา
1.1 Chest X-ray (ว.362) กำหนดให้เบิกได้ 170 บาท เท่านั้น โดยไม่ต้องใส่รหัส	
- Film Chest (รหัส 41001) (ยกเลิกรหัส ตาม ว.362)	170
- Mass Chest (รหัส 41301) (ยกเลิกรหัส ตาม ว.362)	50
1.2 Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)	50
1.3 Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70
1.4 Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90
1.5 ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
- ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100
- Pap Smear (รหัส 38302)	100

2. การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 1,050 บาท)

รายการ	ราคา
2.1 รายการการตรวจสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ รายการที่ 1.1-1.5	ตามอัตราที่กำหนด
2.2 Blood Chemistry	
- Glucose (รหัส 32203)	40
- Cholesteral (รหัส 32501)	60
- Triglyceride (รหัส 32502)	60
- Blood Urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)	50
- Creatinine (รหัส 32202)	50
- SGOT (AST) (รหัส 32310)	50
- SGPT (ALT) (รหัส 32311)	50
- Alkaline Phosphatase (รหัส 32309)	50
- Uric Acid (รหัส 32205)	60

กรมบัญชีกลาง
ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
(Mobile Application)
"CGD iHealthcare"
สำหรับการตรวจสอบสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการทั้งตนเองและครอบครัวได้
สำหรับตรวจสอบข้อมูลการใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก
สืบค้นข้อมูลสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงได้
สืบค้นข้อมูลอัตราค่าบริการสาธารณสุข
สืบค้นข้อมูลอัตราอวัยวะเทียมและอุปกรณ์
ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง
ใช้งานง่าย เพียง 4ขั้นตอน
ดาวน์โหลดแอพพลิเคชั่น
ลงทะเบียน
ลงชื่อเข้าใช้
เริ่มต้นใช้งานได้เลย
สามารถดาวน์โหลดได้ที่>>>
GET IT ON Google Play
Available on the App Store
สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สวัสดิการข้าราชการ
หรือโทร 02-127-7000 ต่อ 4441 , 4100