

สพม.สระบุรี

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



สพม.สระบุรี ศาลากลางจังหวัดสระบุรี (แห่งใหม่) ชั้น 2



036 340 659 (กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์)

ผู้มีสิทธิ (ข้าราชการครู / บุคลากรทางการศึกษา / ลูกจ้างประจำ ในสังกัด สพฐ.)

บุคคลในครอบครัว

- ✓ บิดาและมารดาของผู้มีสิทธิ
- ✓ คู่สมรส (ที่จดทะเบียนสมรสถูกต้อง)
- ✓ บุตรชอบด้วยกฎหมายไม่เกิน 3 คน (เรียงตามลำดับการเกิด) จนถึงอายุ 20 ปีบริบูรณ์

รายการที่เบิกได้ & เบิกไม่ได้

รายการเบิกได้

- ✓ ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ✓ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
- ✓ ค่าบริการทางการแพทย์ / พยาบาล ค่าตรวจวิเคราะห์โรค
- ✓ ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร
- ✓ ค่าห้อง/อาหาร ตามอัตราควบคุม
- ✓ ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค
- ✓ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
- ✓ ค่าตรวจสุขภาพประจำปี (สิทธิเฉพาะตัวข้าราชการ ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง)
- ✓ ยานนอกบัญชียาหลัก (ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องใช้ยานอกบัญชี)

สพม.สระบุรี



การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



สพม.สระบุรี ศาลากลางจังหวัดสระบุรี (แห่งใหม่) ชั้น 2



036 340 659 (กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์)

รายการที่เบิกได้ & เบิกไม่ได้ (ต่อ)

รายการเบิกไม่ได้

- ✗ การทำศัลยกรรมและความงาม
- ✗ ยานอกบัญชียาหลักที่ไม่มีข้อบ่งชี้จำเป็น
- ✗ ค่าพยาบาลพิเศษเฝ้าไข้ส่วนตัว
- ✗ กลุ่มยา (ยาทาบรรเทาอาการปวด หรืออีกเสบต่าง ๆ , แชมพูขจัดรังแค , อาหารเสริม , น้ำตาเทียม , ยาป้องกันสิว ฝ้า , ยาปลูกผม , ยารักษาโรคผมร่วง และยาลดความอ้วน)
- ✗ วัคซีนป้องกันโรค (ยกเว้น ป้องกันพิษสุนัขบ้า , ป้องกันบาดทะยัก , ป้องกันพิษงู)

การใช้สิทธิ์ตามสถานพยาบาล

โรงพยาบาลรัฐ

ใช้ระบบเบิกจ่ายตรง ผ่านการสแกนใบหน้าหรือบัตรประชาชนได้ทันที และจ่ายตามเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สามารถสำรองจ่ายแล้วเก็บหลักฐานใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (ใบเสร็จรับเงินมีอายุไม่เกิน 1 ปี) และหนังสือรับรองการรักษาฯ จากแพทย์(ถ้ามี) มาเบิกได้

โรงพยาบาลเอกชน

สามารถเบิกจ่ายตรงได้ในกรณีใช้ในเฉพาะอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (UCEP) ภายใน 72 ชั่วโมงแรกเท่านั้น (การเบิกจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด)

สพม.สระบุรี

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



สพม.สระบุรี ศาลากลางจังหวัดสระบุรี (แห่งใหม่) ชั้น 2



036 340 659 (กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์)

เอกสารในการยื่นเบิก

- ✓ แบบคำขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- ✓ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (อายุไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ออกใบเสร็จ)
- ✓ หนังสือรับรองค่ายานอกบัญชีหลัก (ถ้ามี)

กรณีตนเอง (ข้าราชการ) เบิกเอง

- ✓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ✓ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีเบิกให้ บิดา หรือ มารดา

- ✓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ✓ สำเนาทะเบียนบ้าน หรือสำเนาบัตรประชาชน ของบิดา/มารดา (ผู้ป่วย)
กรณีบิดา > แนบบำเนาทะเบียนสมรส หรือหนังสือรับรองบุตรชอบด้วยกฎหมาย
- ✓ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีเบิกให้ คู่สมรส

- ✓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ✓ สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
- ✓ สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน ของคู่สมรส
- ✓ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

สพม.สระบุรี

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



สพม.สระบุรี ศาลากลางจังหวัดสระบุรี (แห่งใหม่) ชั้น 2



036 340 659 (กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์)

เอกสารในการยื่นเบิก (ต่อ)

กรณีเบิกให้ บุตร

- ✓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
- ✓ สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
กรณีบิดาเป็นฝ่ายเบิก > สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาหนังสือรับรองบุตร
- ✓ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี

- ✓ แบบคำขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- ✓ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
- ✓ สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)

*** (สิทธิ์นี้เบิกได้เฉพาะตัวข้าราชการเท่านั้น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ไม่สามารถใช้สิทธิ์ตรวจสุขภาพประจำปีได้)

สพม.สระบุรี

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



สพม.สระบุรี ศาลากลางจังหวัดสระบุรี (แห่งใหม่) ชั้น 2



036 340 659 (กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์)

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 ☐
ป่วยเป็นโรค	ระบุโรคที่ได้รับการรักษา	
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)	ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน	ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....	
	เป็นเงินรวมทั้งสิ้น	จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินรวมทุกฉบับ
(.....)	เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร	ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล		
☐	ตามสิทธิ	☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
	จำนวนเงินที่เบิกได้ตามสิทธิ	เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน.....บาท	เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร	☐ และ
(1) ข้าพเจ้า	☐	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	☐	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกให้สิทธิจากทางราชการ
	☐	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	☐	เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2).....	☐	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	☐	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
	☐	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	☐	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

สพม.สระบุรี

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



สพม.สระบุรี ศาลากลางจังหวัดสระบุรี (แห่งใหม่) ชั้น 2



036 340 659 (กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์)

4. เสนอ	ผู้มีอำนาจอนุมัติ	ง
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความชัดเจนเป็นจริงทุกประการ		
ชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ		
ระบุวัน / เดือน / ปี ที่ส่งเรื่องขอเบิก (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		
5. คำอนุมัติ	อนุมัติให้เบิกได้	
ผู้มีอำนาจอนุมัติ - กรณีข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ชื่อ ผอ.ร.ร. - กรณีข้าราชการบำนาญ /วันไว้ (ลงชื่อ) ตำแหน่ง.....		
6. ใบรับเงิน	ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ☐ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ☐ ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง□ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาของ ☐ ตนเอง ☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... ☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... ☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... ☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ 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 ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)