

การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ



ค่ารักษาพยาบาล



ค่าการศึกษาบุตร

การจัดส่งเอกสารเพื่อเบิก-จ่าย

- ▶ ส่งเอกสารถูกต้องครบถ้วน ถึง สพป.ศรีสะเกษ เขต ๑ ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือน จะได้รับเงินภายในวันที่ ๒๕ ของเดือน เว้นแต่ตรงวันหยุดราชการให้เลื่อนเป็นวันถัดไป
- ▶ ส่งเอกสารถูกต้องครบถ้วน ถึง สพป.ศรีสะเกษ เขต ๑ หลังวันที่ ๑๕ ของเดือน จะได้รับเงินภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป เว้นแต่ตรงวันหยุดราชการให้เลื่อนเป็นวันถัดไป

ข้อสังเกต

๑. หน้าหนังสือนำ โปรตุระบุประเภทการรักษา ใช้นอกรัฐบาล และ ใช้ในเอกชน (ใช้ในต้องมีค่าห้องจึงจะสามารถเบิกได้)
๒. โปรตุระบุรหัสยาให้ครบถ้วนในใบเสร็จรับเงิน
๓. โปรตุระบุเบอร์โทรศัพท์ของผู้มีสิทธิเบิก (ที่สามารถติดต่อได้)

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สพป.ศรีสะเกษ เขต ๑ (โทร ๐๘๖-๔๖๑๖๔๗๔)
นางโชติกา ยิ่งกำแหง (โทร ๐๙๔-๕๔๒๓๙๕๔)

การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ▶ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ
- ▶ ผู้มีสิทธิสามารถนำค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว(ผู้อาศัยสิทธิ) ได้แก่
 - ▶ บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย
 - ▶ คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย
 - ▶ บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ (อายุไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์) หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้

ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ

- ▶ ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

๑. หนังสือนำเสนอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)
๒. หนังสืงใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (ผอ.ร.ร.ลงนามผู้เบิก)
๓. แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) พร้อมเอกสารประกอบการขอเบิก

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

๑. กรอกแบบคำขอ (แบบ ๗๑๓๑) โดยตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน (ถ้าผู้เบิกเป็นข้าราชการครู ต้องให้ ผอ.ร.ร.ลงนามค้ำอนุมัติให้เรียบร้อย) ดังนี้
 - ▶ ชื่อและตำแหน่งผู้มีสิทธิขอเบิก
 - ▶ โรคและรหัสโรค
 - ▶ สิทธิการเบิก บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ
 - ▶ จำนวนเงิน
 - ▶ ลายมือชื่อผู้ขอเบิก
๒. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ ๑ ปี นับจากวันที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน)
 - ▶ ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสค่ารักษาพยาบาล (๕ หลัก) ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด
 - ▶ ค่ายานนอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วยทุกกรณี
 - ▶ กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี ต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีด้วย
 - ▶ ใบสั่งยา กรณีโรงพยาบาลไม่มีจำหน่าย
 - ▶ ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล
 - ▶ ใบรับรองยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (กรณีมียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ)

๓. กรณีเบิกสำหรับตนเอง ต้องแนบเอกสารดังนี้

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๔. กรณีเบิกให้คู่สมรส ต้องแนบเอกสารดังนี้

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้เบิก)
- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (คู่สมรส)
- ▶ สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
- ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๕. กรณีเบิกให้บิดา - มารดา ต้องแนบเอกสารดังนี้

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้เบิก)
- ▶ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้เบิก)
- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (บิดา/มารดา)
- ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๖. กรณีบิดาเบิกให้บุตร (บุตรตั้งแต่แรกเกิด - อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสารดังนี้

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้เบิก)
- ▶ สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนของบุตร
- ▶ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ ถ้าบิดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา ให้แนบหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร
- ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๗. กรณีมารดาเบิกให้บุตร (บุตรตั้งแต่แรกเกิด - อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสารดังนี้

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้เบิก)
- ▶ สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนของบุตร
- ▶ กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดาไม่มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

▶ กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาบันทนาการหย่าเพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของฝ่ายใด

- ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

การเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

- ▶ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

๑. หนังสือนำส่งขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)
๒. หนังสือใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร จำนวน ๒ ฉบับ (ผอ.ร.ร.ลงนามผู้เบิก)
๓. แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร (แบบ ๗๒๒๓) พร้อมเอกสารประกอบการขอเบิก

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

๑. กรอกแบบคำขอ (แบบ ๗๒๒๓) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน (ถ้าผู้เบิกเป็นข้าราชการครู ต้องให้ผอ.ร.ร. ลงนามคำอนุมัติให้เรียบร้อย / ผอ.ร.ร.เป็นผู้เบิก ผอ.สพป.ศรีสะเกษ เขต ๑ เป็นผู้อนุมัติ)
๒. แนบใบเสร็จรับเงิน (ต้นฉบับ)
๓. แนบประกาศการเก็บค่าธรรมเนียมการศึกษา หรือ หนังสือรับรองการเก็บเงินบำรุงการศึกษาของ มหาวิทยาลัย หรือโรงเรียน
๔. กรณีบิดาเบิกให้บุตร (บุตรอายุ ๓ ปีบริบูรณ์แต่ไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสาร ดังนี้
 - ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้เบิก)
 - ▶ สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - ▶ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ ถ้าบิดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา ให้แนบหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร
 - ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
๕. กรณีมารดาเบิกให้บุตร (บุตรอายุ ๓ ปีบริบูรณ์แต่ไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์) ต้องแนบเอกสาร ดังนี้
 - ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้เบิก)
 - ▶ สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
 - ▶ กรณีที่คู่สมรสเป็นข้าราชการ แต่มารดาไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิเบิก ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิทุกครั้งที่ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
 - ▶ กรณีที่คู่สมรสเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนานบันทึกการหย่าเพื่อดูว่าบุตร อยู่ในความปกครองของฝ่ายใด
 - ▶ ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

ระยะเวลาการขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

๑. ยื่นแบบ ๗๒๒๓ เพื่อขอเบิกภายใน ๑ ปี นับแต่วันเปิดภาคเรียนของแต่ละภาค หรือ กรณีที่จ่ายปีละครั้ง ก็ให้ยื่นภายใน ๑ ปี นับแต่วันเปิดภาคเรียนแรก ถ้าเกินกำหนดก็หมดสิทธิเบิก
๒. กรณีผ่อนผันขอชำระล่าช้า ให้ยื่นแบบ ๗๒๒๓ เพื่อขอเบิกภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่จ่ายเงิน

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2.	คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง.....สังกัด.....
3.	ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา
4.	ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท
5.	ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท (.....)

6. เสนอ.....

- ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและ
ข้อความ ที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง
- บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
แต่เพียงฝ่ายเดียว
- คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น
กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ
จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ.....

ธนาคาร.....

สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด</p>
<p>2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....</p> <p>เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ป่วยเป็นโรค.....</p> <p>และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....ซึ่งเป็น</p> <p>สถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเงิน</p> <p>รวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)</p> <p>ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ</p>
<p>3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....บาท (.....) และ</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>

4. เสนอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ไปรับเงิน

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ.....

ธนาคาร.....

สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

