

แนวทางการส่งเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

➤ ประกอบด้วยเอกสารดังต่อไปนี้

๑. หนังสือราชการขอเบิกเงินสวัสดิการประจำเดือน (ส่งถึงเขตภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนจะได้รับเงินภายในเดือนที่ส่ง หากส่งถึงเขต หลังวันที่ ๑๕ ของเดือน ยกยอดเป็นเดือนถัดไป)
๒. ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แบบ๗๓๓
๓. ใบเสร็จจากสถานพยาบาล (มีอายุใบเสร็จ ๑ปี) และเอกสารอื่นๆประกอบใบเสร็จ เช่น
 - หนังสือรับรองการใช้ยานอก , ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
 - รายการแนบค่าตรวจสุขภาพประจำปี (ถ้ามี)
 - ใบรับรองแพทย์ , แบบคัดแยกผู้ป่วย (กรณี รพ.เอกชน)
 - เอกสารอื่นๆ ถ้ามี
๔. กรณีเบิกของตนเอง ไม่ต้องแนบเอกสาร
กรณีเบิกให้บุคคลในครอบครัว
 - เบิกของบิดา - มารดา แบบสำเนาทะเบียนบ้านของ เจ้าของสิทธิ (ผู้เบิก)
 - เบิกของคู่สมรส แบบสำเนาทะเบียนสมรส
 - เบิกของบุตร แบบสำเนาทะเบียนบ้านบุตร

ข้อสังเกต และปัญหาที่พบบ่อย ในการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

- กรอกแบบคำขอไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ระบุโรค , ไม่ระบุชื่อสถานพยาบาล
- ผู้ขอรับเงินไม่ลงชื่อในแบบ
- ผู้มีอำนาจจ่อนุมัติไม่ลงนามมา
 - ข้าราชการ,ลูกจ้างประจำ ↳ ขอเบิก ผอ.โรงเรียนเป็นผู้อนุมัติ
 - ผอ.โรงเรียนเป็นผู้ขอเบิก ↳ จนท.การเงินโรงเรียนหรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง เป็นผู้อนุมัติ
- ใช้แบบคำขอเบิกเดิมที่ไม่เป็นปัจจุบัน ปัจจุบันใช้แบบ ๗๓๓ (ของกรมบัญชีกลาง)
- ใบเสร็จเกิน ๑ ปี
- ใบเสร็จขอเบิกเงินกรณีเบิกยานอกบัญชีหลัก ไม่แนบหนังสือรับรองการใช้ยาของแพทย์ผู้รักษา
- ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ค่าบริการ ในใบเสร็จ ไม่ระบุ รหัส (ค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ ไม่ต้องระบุ รหัส)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า..... สังกัด.....ตัวแทน.....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
	<input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรรึความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก	
	ป่วยเป็นโรค	
	และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)	
	ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท	
	(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบจำนวน ฉบับ	
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
	<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เนพะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เนพะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> ก	
	เป็นเงิน บาท (.....) และ	
(1)	ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2)	ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ

๔

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก 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)

คำชี้แจง

ก ให้แน่ใจว่าคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ การเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ที่ ๓๐๙ /๒๕๕๗

เรื่อง มอบอำนาจอนุมัติการเบิกเงินค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรของหน่วยงานในสังกัด เป็นไปอย่างคล่องตัว สอดคล้องกับระบบราชการคล้ายว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร พ.ศ. ๒๕๕๗ จึงยกเดikt คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ ๘๔ / ๒๕๕๗ เรื่อง มอบอำนาจการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการศึกษาของบุตร ลงวันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ใช้คำสั่งฉบับนี้ แทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติธรรมเบียบบริหารราชการกระทรวง - ศึกษาธิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติธรรมเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๑๔ (๑) วรรคสอง แห่งระบบราชการคล้ายว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการศึกษาของบุตร พ.ศ. ๒๕๕๗ และตามนัยหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๒๖.๓/๑๑๔ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เรื่อง แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการอนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ ค่าวรักษาพยาบาล ค่าการศึกษาของบุตร และค่าเช่าบ้านชั่วคราว เอกสารขออนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงมอบอำนาจให้บุคคลต่อไปนี้ปฏิบัติราชการแทนเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

๑ มอบอำนาจให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา หรือผู้อำนวยการโรงเรียน หรือผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ แล้วแต่กรณี เป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ของข้าราชการและลูกจ้างประจำในสังกัด แทนเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

๒ มอบอำนาจให้รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่รับผิดชอบภารกิจงานกลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ของผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา แทนเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

๓ มอบอำนาจให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ของผู้อำนวยการโรงเรียน การณ์โรงเรียนไม่มีตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงเรียน หรือมีตำแหน่งไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงเรียน ให้บุคคลที่โรงเรียนมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรให้ท่านน้ำที่เจ้าหน้าที่การเงินของโรงเรียนซึ่งเป็นข้าราชการ เป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ของผู้อำนวยการโรงเรียน แทนเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

/๔ มอบอำนาจ...

๔ มอบอำนาจให้รองผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ของผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ การเมืองการศึกษาพิเศษไม่มีตำแหน่ง รองผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ หรือมีแต่ยังไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ให้ บุคคลที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบหน้าที่เจ้าหน้าที่การเงินของศูนย์การศึกษาพิเศษ ซึ่งเป็นข้าราชการ เป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ของผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ แทนเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗


 (นายอภิชาติ จีระฤทธิ)
 เลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน