

คู่มือการปฏิบัติงาน

ของ

นางนิเวศน์ ศรีสำอางค์

ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ



กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุทัยธานี เขต 2

## การจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ( One Stop Service )

### 1 ชื่องาน

#### การจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ( One Stop Service )

### 2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ รวมถึง ข้าราชการบำนาญในสังกัด ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โดยเร็ว มีต้องรอจนถึงสิ้นเดือน และเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนให้กับข้าราชการในสังกัดด้วย

### 3 ขอบเขตของงาน

ระบบสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการอ้างอิงตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. 255๕ และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 รวมถึงหนังสือเวียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเบิกจากเงินอุดหนุนราชการของหน่วยงาน ตามโครงการ **One Stop Service** ทุกวันพุธ ของสัปดาห์

### 4 คำจำกัดความ

“สวัสดิการ” คือ ผลประโยชน์ที่รัฐจัดให้ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลง เพิ่ม ลด ได้ตามความเหมาะสม ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะการเงินการคลังของประเทศไทยในขณะนั้น เช่น ค่ารักษาพยาบาลค่าศึกษาบุตร เป็นต้น คาดว่า “สวัสดิการ” จะต่างกับ “ค่าตอบแทน” ตรงที่ สวัสดิการทุกคนต้องได้สิทธิเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะป็นข้าราชการระดับสูงหรือระดับล่าง แต่ค่าตอบแทนไม่จำเป็นต้องเท่าเทียมกันเพราะเดือตร้อนไม่เท่ากัน เช่น ค่าเช่าบ้าน ข้าราชการระดับสูงจะได้ค่าเช่าบ้านมากกว่าข้าราชการระดับล่าง

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

(1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทนค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรคแต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร

(5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

(7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

(8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

## 5 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

5.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเงินคงเหลือประจำวันที่อยู่ในตู้เซฟและนำเงินทรองราชการที่เจ้าหน้าที่ผู้รับเงินจากธนาคารเบิกสำหรับการจ่ายเงินสวัสดิการในแต่ละครั้งมาจัดทำทะเบียนการจ่ายเงิน

5.2 เจ้าหน้าที่จัดลำดับคิวผู้มารับบริการตามลำดับก่อนหลัง

5.3 ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามระเบียบ โดยมีข้อกำหนด ในการเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ ดังนี้

5.3.1 ผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นผู้อนุมัติในแบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ของข้าราชการครู

5.3.2 รองผู้อำนวยการโรงเรียน หรือ เจ้าหน้าที่การเงินของโรงเรียน เป็นผู้อนุมัติในแบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของผู้อำนวยการโรงเรียน

5.3.3 ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่ หรือรองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่ ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อนุมัติในแบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการบำนาญในสังกัด

5.4 เมื่อเอกสารพร้อมคำขอรับเงินสวัสดิการ ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระเบียบ เจ้าหน้าที่ ลงทะเบียนคุมและจ่ายเงินให้กับผู้ขอรับ โดยให้เซ็นชื่อรับ พร้อมระบุหมายเลขโทรศัพท์

5.5 เมื่อสิ้นวัน เจ้าหน้าที่การเงินจัดทำรายงานสรุป พร้อมรายละเอียดประกอบการวางฎีกา และตรวจสอบความถูกต้องกับทะเบียนคุมการจ่ายเงินที่จัดทำขึ้น

5.6 นำเงินคงเหลือฝากธนาคาร และจัดเก็บเข้าตู้เซฟ พร้อมรายละเอียดสรุปยอดเงิน

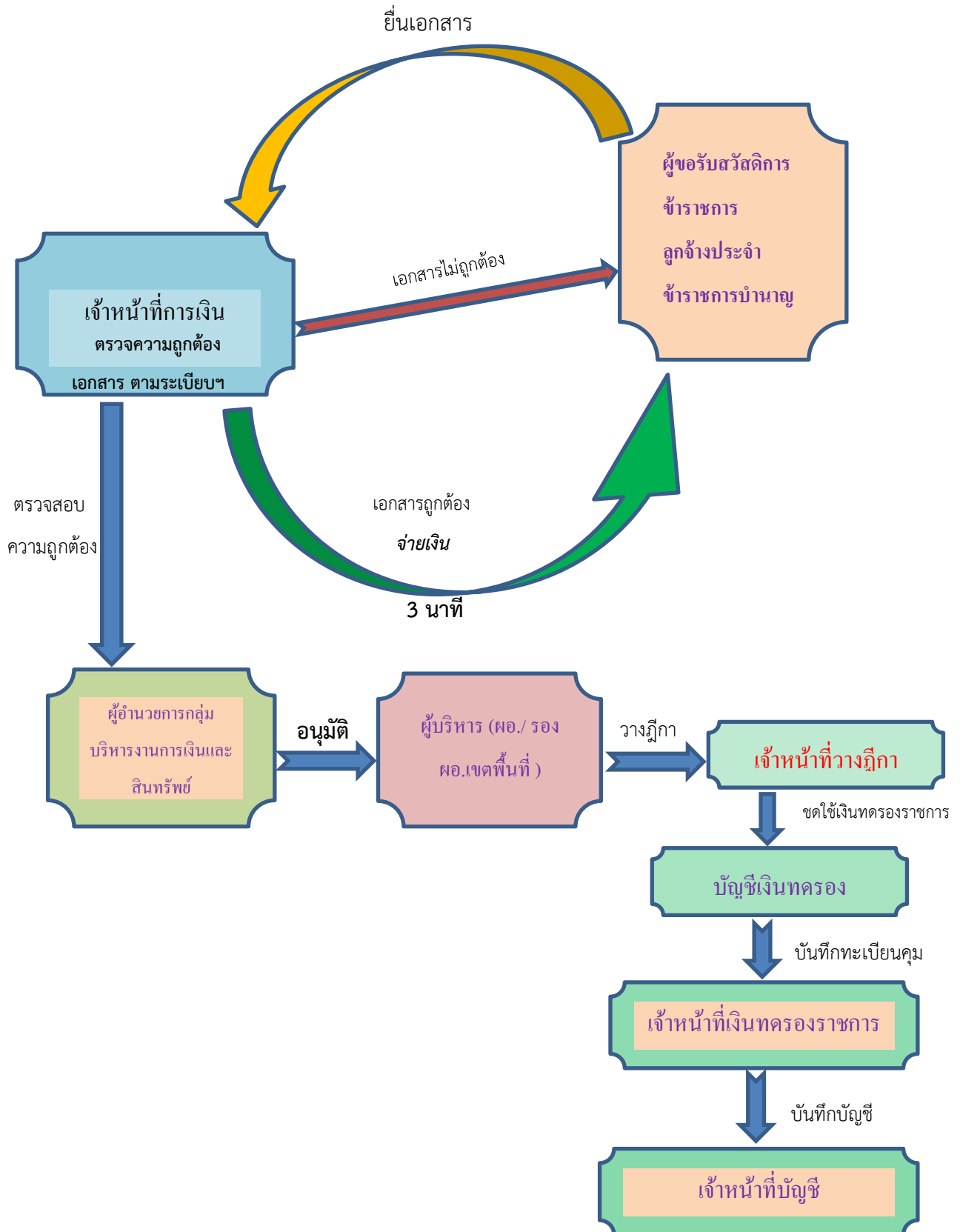
5.7 จัดทำรายละเอียดสรุปยอดเงินคงเหลือ มอบให้เจ้าหน้าที่ควบคุมเงินทรองราชการ และเจ้าหน้าที่บัญชี เพื่อจัดทำบัญชีและรายงานเงินคงเหลือ

5.8 รวบรวมรายละเอียด พร้อมจัดทำสรุป เสนอผู้บริหารทราบและอนุมัติในแบบคำขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

5.9 จัดส่งเอกสารทั้งหมดให้เจ้าหน้าที่เพื่อวางฎีกาเบิกเงินชดใช้เงินทรองราชการ

6. Flow Chart

การจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ( One Stop Service )




7. แบบพิมพ์ที่ใช้

7.1 แบบ 7131

แบบ 7131

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
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"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก ป่วยเป็นโรค..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... .....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> ข เป็นเงิน.....บาท (.....) และ
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2) <input type="checkbox"/> ก ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ.....	<input type="checkbox"/> ง
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....</p>	
5. คำอนุมัติ	<p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>
6. ใบรับเงิน	<p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ





## 8 เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง

- พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518

- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

- หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

- คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ 304/2557 เรื่อง มอบอำนาจอนุมัติการเบิกเงินค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

## 8. มาตรฐานงาน

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามโครงการ One Stop Service ภายใน 3 นาที ทุกวันพุธ ของสัปดาห์

## 9. เงื่อนไข : เอกสารในการเสนอขออนุมัติถูกต้องครบถ้วน

- หากเป็นการเบิกสวัสดิการของตัวเอง แนบใบเสร็จพร้อมหลักฐาน

- กรณีเบิกเงินสวัสดิการของคู่สมรส ต้องแนบเอกสารเพิ่ม

1. ทะเบียนสมรส

2. สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส

- กรณีเบิกเงินสวัสดิการของบุตร

1. สำเนาทะเบียนบ้าน ของบุตรหรือสำเนาใบสูติบัตร

- กรณีเบิกเงินสวัสดิการของบิดา – มารดา

1. สำเนาทะเบียนบ้านของตัวผู้ใช้สวัสดิการที่ระบุชื่อ บิดา – มารดา ที่ตรงกัน

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของ บิดา หรือ มารดา



10. ภาคผนวก : ตัวอย่างการเขียนแบบขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

แบบ 7131

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า นาย สวัสดิ์ ชาติ ตำแหน่ง ครูโรงเรียนบ้านหนองทราย  
สังกัด จังหวัด อุตรดิตถ์ เขต 2

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ นาง สุไล ชาติ เลขประจำตัวประชาชน 0 0000 00000 00 0

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

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

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

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาลตากสิน

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ 9 เม.ย. 2561 ถึงวันที่ 9 เม.ย. 2561

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 1,400 - บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน 2 ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน 1,400 - บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย


เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรส ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย


มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิขอ: ผู้เป็น



4. เสนอ <u>ผอ. โรงพยาบาลหนองจอก</u> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">ง</span>	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	
(ลงชื่อ) <u>สิริชัย มณี</u> ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ	( <u>นงเยาว์ สิริชัย มณี</u> )
วันที่ <u>11</u> เดือน <u>เม.ย.</u> พ.ศ. <u>2561</u>	
5. คำอนุมัติ	
อนุมัติเบิกได้	
(ลงชื่อ) <u>จ.ท.</u>	( <u>นงเยาว์ สิริชัย มณี</u> )
ตำแหน่ง <u>ผอ. โรงพยาบาลหนองจอก</u>	
6. ใบรับเงิน	
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน <u>1,400.-</u> บาท	
( <u>นงเยาว์ สิริชัย มณี</u> ) ไว้ถูกต้องแล้ว	
(ลงชื่อ) <u>สิริชัย มณี</u> ผู้รับเงิน	( <u>นงเยาว์ สิริชัย มณี</u> )
(ลงชื่อ) <u>สิริชัย</u> ผู้จ่ายเงิน	( <u>นางนิเวศน์ ศรีลำอังก์</u> )
วันที่ <u>11</u> เดือน <u>เม.ย.</u> พ.ศ. <u>2561</u>	(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ



งบหน้ารายละเอียดใบเสร็จรับเงินศำรึกษาพยาบาล

ใบเสร็จเลขที่	เลขที่	รับ เดือน ปี	คนส่ง, ผู้สมรส บุตร, บิดา, มารดา	จำนวนเงิน ตามใบเสร็จ	ขอเบิก เต็ม/ครึ่ง/ชั้ว	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
00	000	9 12 51 61	ตามใบเสร็จ	900	เต็ม	900	900	-
00	000	9 12 51 61	ผู้ส่ง	500	เต็ม	500	1,400	-
รวมทั้งสิ้น							1,400	-

(..... - ผู้รับเงินได้รับเงินตามหลักฐาน - .....)

ขอรับรองว่า จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินที่แนบมาพร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินส่วนตัวตรงไปก่อนแล้ว

(ลงชื่อ) ..... จีสิทธิ์ ชาติ

(เคยส่งชื่อ ส่ง)

ตำแหน่ง ..... ครูโรงเรียนบ้านหนอง...

