



คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ

การเบิกค่ารักษาพยาบาล

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาชัยภูมิ
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ

คำรักษาพยาบาล

การขอเบิกเงินคำรักษาพยาบาลของบุคลากรในโรงเรียน

1. กรอกแบบคำขอแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131) ให้ครบถ้วนถูกต้อง
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน (ใช้ลดหย่อนกระดาดแทนการติดกา) และหลักฐานอื่นๆ แล้วแต่กรณี ให้ครบถ้วน โดยใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาล อย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้

- 2.1 ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน
- 2.2 วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
- 2.3 รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นคำรักษาพยาบาลประเภทใด
- 2.4 จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร
- 2.5 ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

3. การเสนอให้ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุมัติ กรณีผู้เบิกเป็นผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้อนุมัติให้เบิกได้ต้องเป็นรองผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อนุมัติเบิกเงินคำรักษาของผู้อำนวยการโรงเรียน กรณีโรงเรียนไม่มีตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงเรียน หรือมีแต่ยังไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงเรียน ให้บุคคลที่โรงเรียนมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่การเงินของโรงเรียนซึ่งเป็นข้าราชการ เป็นผู้อนุมัติเบิกคำรักษาของผู้อำนวยการโรงเรียนแทนเลขธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามคำสั่งคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ 304/2557 ข้อ 3

4. ทำหนังสือสรุปใบสำคัญคำรักษาพยาบาล
5. ทำหนังสือนำส่ง ส่งมายังกลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
6. หากกลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ตรวจสอบเอกสารแล้วพบว่าต้องมีการแก้ไขข้อมูลเพิ่มเติม จะแจ้งรายละเอียดการแก้ไขไปทางกลุ่มไลน์ (Line Application) การเงินโรงเรียน หรือโทรแจ้งเป็นรายบุคคล

วิธีการตรวจสอบเบื้องต้น

1. ชื่อ-สกุล ในใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ตรงกับใบขอเบิกและเอกสารแนบต่างๆ
2. ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาลต้องไม่หมดอายุ โดยใบเสร็จรับเงินมีระยะเวลา 1 ปีนับถัดจากวันที่ที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงิน หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้มีสิทธิไม่ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ
3. ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ จะเบิกได้ก็ต่อเมื่อมีหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย
4. ใบเสร็จรับเงินค่าอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียมและค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมหรือค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้นๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถเทียบเคียงรายการ ในการเบิกจ่ายตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถตรวจสอบอัตราอุปกรณ์และ

อวัยวะเทียมได้ที่เว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searcheqp.jsp> (บางรายการไม่เป็นปัจจุบันต้องดูจากหนังสือใหม่ล่าสุดของกรมบัญชีกลางประกอบ)

5. การตรวจสอบอัตราค่าบริการเบิกจ่ายอัตราค่าบริการสาธารณสุขได้ที่เว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง <https://mbdb.cgd.go.th/wel/searchmed.jsp> (บางรายการไม่เป็นปัจจุบันต้องดูจากหนังสือใหม่ล่าสุดของกรมบัญชีกลางประกอบ)

6. ค่าหัตถการและวิสัญญีเป็นการผ่าตัดในท้องผ่าตัดไม่ต้องมีรหัสกรมบัญชีกลาง เบิกจ่ายได้เท่าที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

7. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยให้เป็นไปตาม ว.33 ลว. 11 เม.ย. 54 ซึ่งจะต้องมีใบรับรองแพทย์จากแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพื่อประกอบการเบิกจ่าย โดยคำนวณรวมพร้อมประคบสมุนไพร เบิกได้ 250 บาท (เหมาจ่ายคำนวณ ค่าประคบ ค่าลูกประคบ และค่าบริการทางการแพทย์)

8. การเบิกค่ารักษาพยาบาลหมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู ให้เบิกได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บตาม ว.17 ลว. 9 ม.ค. 50

9. การตรวจสุขภาพประจำปีเบิกได้เฉพาะผู้มีสิทธิ (บุคคลในครอบครัวเบิกไม่ได้) การตรวจสุขภาพประจำปีให้ตรวจตามปีงบประมาณ ปีละ 1 ครั้ง และจะต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น

10. ค่าตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์ และค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจะไม่สามารถเบิกได้

11. กรณีค่ารักษาพยาบาลจากสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำมาเบิกได้ ตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค. 0416.4/ว408 ลว.18 กันยายน 2561

12. กรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาในสถานพยาบาลเอกชน มีหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติตลอดจนอัตราและนิยามของฉุกเฉินไว้แล้ว หากกรณีดังกล่าวเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในหนังสือกรมบัญชีกลาง ต่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว333 ลว. 31 สิงหาคม 2560 และหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0416.4/76 ลว. 12 กุมภาพันธ์ 2561 ก็สามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนดไว้ และต้องแนบใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หลักฐานประกอบการขอเบิก

1. กรณีเบิกให้ตนเอง เอกสารที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1.1 กรอกแบบข้อมูลในแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

1.2 แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

2. กรณีเบิกให้บุตร เบิกได้กรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ สามารถเบิกได้ 3 คน (บรรลุนิติภาวะแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ 1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ถ้าเป็นกรณีมารดาเป็นผู้เบิกให้บุตร ให้รับรองตรงเป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร เพียงฝ่ายเดียวด้วย 2. จดทะเบียนสมรส ยกเว้นเป็นบุตรไร้/เสมือนไร้ความสามารถ

2.1 กรอกข้อมูลใบแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

2.2 แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

2.3 สูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา

2.4 กรณีผู้เบิกเป็นฝ่ายชายให้แนบทะเบียนสมรสพร้อมรับรองสำเนา หรือทะเบียนรับรองบุตร (คร.11) หรือ คำสั่งศาล

2.5 กรณีหย่าให้แนบสำเนานับที่กการหย่าเพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของใคร พร้อมรับรองสำเนา

3. กรณีเบิกคู่สมรส

3.1 กรอกข้อมูลใบแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

3.2 แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

3.3 สำเนาทะเบียนสมรสของผู้มีสิทธิ พร้อมรับรองสำเนา

4. กรณีเบิกให้มารดา

4.1 กรอกข้อมูลใบแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

4.2 แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

4.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิเบิก พร้อมรับรองสำเนา

5. กรณีเบิกให้บิดา บิดาของผู้มีสิทธิสามารถนำค่ารักษาพยาบาลมาเบิกกับทางราชการได้นั้น จะต้องเป็นบิดาโดยสายเลือดและเป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ พิจารณาถึงความชอบด้วยกฎหมายนั้นจะพิจารณาได้ คือ บิดาจะต้องจดทะเบียนสมรสกับมารดาของผู้มีสิทธิ หากบิดาไม่ได้จดทะเบียนกับมารดา ผู้มีสิทธิอาจใช้หลักฐานอื่นในการรับรองว่าเป็นบิดาที่ชอบด้วยกฎหมายได้

5.1 กรอกข้อมูลใบแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)

5.2 แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

5.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิเบิก พร้อมรับรองสำเนา

5.4 สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา พร้อมรับรองสำเนา

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อเลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อเลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อเลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อเลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวนฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2).....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ