

แนวทางการขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการ



‘ไม่มีค่าธรรมเนียม’

การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

สพป.นครศรีธรรมราช เขต 1

มีขั้นตอนดังนี้

ผู้มีสิทธิกรอกข้อมูล

(แบบ 7131)

(10 นาที)

วางเบิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เจ้าหน้าที่การเงิน

(5 นาที)

- ตรวจสอบแบบคำขอเบิกเงิน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ตรวจสอบจำนวนเงินที่สามารถเบิกได้ตามระเบียบ ฯ

ถูกต้อง

ไม่ถูกต้อง

บันทึกเสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อขออนุมัติเบิกเงินในระบบ GFMS

(5 นาที)

อนุมัติ

-บันทึกรายการเบิกเงินในระบบ GFMS

-พิมพ์รายงานขอเบิกเงินเสนอผู้บังคับบัญชา

(10 นาที)

อนุมัติ

ผู้บังคับบัญชาอนุมัติรายการเบิกเงินในระบบ GFMS

(5 นาที)

รอตรวจสอบรายการโอนเงินประมาณ 3 วันทำการ

กรมบัญชีกลางอนุมัติการโอนเงินเข้าบัญชีหน่วยงาน (สพป.นศ.1)

(10 นาที)

-เจ้าหน้าที่การเงิน จัดทำรายการจ่ายเงินผ่านระบบ KTB CORPORAT ONLINE

-ผู้บังคับบัญชาอนุมัติรายการจ่ายเงินผ่านระบบ KTB CORPORAT ONLINE

(5 นาที)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน

เข้าบัญชีธนาคาร

ภายใน 5 วันทำการ

แบบคำขอเบิกเงินและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

- แบบ 7131
- ใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ กรณีเบิกให้บิดา มารดา
- สำเนาทะเบียนสมรส กรณีเบิกให้คู่สมรส
- สำเนาสูติบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีเบิกให้บุตร

แจ้งผู้มีสิทธิให้ส่งเอกสารเพิ่มเติม
เพื่อประกอบการขอเบิกเงินต่อไป

ช่องทางให้บริการ

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1

อาคาร 2 ชั้น 1 โทร 075-356151 ต่อ 111

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชกฤษฎีกาสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ.2553
2. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ.2545 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม
3. หนังสือเวียนและหนังสือสั่งการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการเบิกค่ารักษาพยาบาล

กรณีเบิกของตัวเอง

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

กรณีเบิกให้คู่สมรส

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบสำเนาทะเบียนสมรสพร้อมรับรองสำเนา
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

กรณีเบิกให้บุตร

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบสำเนาทะเบียนสมรสพร้อมรับรองสำเนากรณีผู้ใช้สิทธิเป็นผู้ชาย
- แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรพร้อมรับรองสำเนา
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

กรณีหย่า

- แนบสำเนาทะเบียนหย่าเพื่อดูว่าบุตรอยู่ในความปกครองของใครพร้อมรับรองสำเนา

กรณีเบิกให้บิดา (ผู้ใช้สิทธิเป็นผู้ชาย)

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิพร้อมรับรองสำเนา
- แนบสำเนาทะเบียนสมรสบิดาพร้อมรับรองสำเนา
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

กรณีเบิกให้มารดา (ผู้ใช้สิทธิเป็นผู้ชาย)

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิพร้อมรับรองสำเนา
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

กรณีเบิกให้บิดา (ผู้ใช้สิทธิเป็นผู้หญิง)

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบสำเนาทะเบียนบ้านของข้าราชการผู้ใช้สิทธิพร้อมรับรองสำเนา
- แนบสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ใช้สิทธิพร้อมรับรองสำเนา
- แนบสำเนาทะเบียนสมรสบิดาพร้อมรับรองสำเนา
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

กรณีเบิกให้มารดา (ผู้ใช้สิทธิเป็นผู้หญิง)

- เขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)
- แนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้สิทธิพร้อมรับรองสำเนา
- แนบสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ใช้สิทธิพร้อมรับรองสำเนา
- แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลที่ไปรักษา (ไม่เกิน 1 ปี)

หมายเหตุ เมื่อแนบเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้วนามสกุลยังไม่สามารถสืบได้ว่าเกี่ยวข้องกันต้องแนบเอกสารเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นว่าเป็นผู้เกี่ยวข้องกัน

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1

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 ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....)และ

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
- ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 1

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำนุมติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....