

งานที่ให้บริการ	การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการข้าราชการพยาบาล (เงินสด)
-----------------	--

กลุ่มภารกิจที่รับผิดชอบ	กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ (เจ้าหน้าที่ นางอมรรัตน์ ทะลีบุตร)
-------------------------	--

ขอบเขตการให้บริการ
--------------------

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 2 (ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน)	ทุกวันอังคาร (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30–12.00 น. และ 13.00-15.00 น.

ขั้นตอนการดำเนินงาน
---------------------

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หมายเหตุ
1	การยื่นคำขอ	ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการบำนาญ ยื่นแบบใบเบิกเงินสวัสดิการฯ ด้วยตนเอง	-	ผู้ขอ
2	การพิจารณา	2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารและหลักฐานการขอเบิกเงิน 2.2เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารทำความเข้าใจความเห็นเสนอ ผอ.สพท.เพื่อพิจารณา	5 นาที	สพท.
3	การอนุมัติจ่ายเงิน	3.1 ผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ 3.2 เจ้าหน้าที่ จ่ายเงินให้กับผู้ขอเบิกเงินสวัสดิการฯ	5 นาที	สพท.
ระยะเวลาดำเนินการรวม 10 นาที				

## หลักฐานประกอบคำขอเบิกเงินสวัสดิการ

### กรณีที่ 1 เบิกของตนเอง

- 1) ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131
- 2) ใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล

### กรณีที่ 2 เบิกของคู่สมรส

- 1) ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131
- 2) ใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนสมรส
- 4) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)

### กรณีที่ 3 เบิกของบิดา - มารดา

- 1) ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131
- 2) ใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง
- 4) กรณีนามสกุลไม่ตรงกับบิดา - มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนสมรสของตนเอง หรือสำเนาใบเปลี่ยนนามสกุล
- 5) เบิกให้บิดา เพิ่มสำเนาทะเบียนสมรสของบิดา - มารดา
- 6) ใบเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)

### กรณีที่ 4 เบิกของบุตร

- 1) ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แบบ 7131
- 2) ใบเสร็จรับเงิน
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือสำเนาคณะทะเบียนรับรองบุตร
- 4) ข้าราชการชายเบิกให้บุตร เพิ่มสำเนาทะเบียนสมรสของตนเอง
- 5) ใบเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : กรณีที่มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับกระทรวงมหาดไทยแล้ว จะมีการยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านจากผู้รับบริการ

## ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

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  เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า  
สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ  
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  
ตามจำนวนที่ขอเบิก 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.....

ผังขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

