

การขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เงินสวัสดิการรักษายาบาล : เป็นเงินสวัสดิการที่รัฐกำหนดให้มีขึ้นเพื่อช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยและบรรเทาภาระของผู้มีสิทธิ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ) และบุคคลในครอบครัวในด้านค่ารักษาพยาบาล โดยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลข้าราชการให้ถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในเบื้องต้นจะให้ทราบถึงคำจำกัดความของค่าต่างๆ ที่ควรรู้ ดังนี้

การรักษาพยาบาล หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และให้หมายความรวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนดแต่ไม่รวมถึงการเสริมความงาม

ค่ารักษาพยาบาล หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

๑. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการ บำบัดรักษาโรค
๒. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว
๓. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรคแต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ่ายพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
๔. ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร
๕. ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
๖. ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค
๗. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
๘. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

สถานพยาบาล หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลเอกชน

สถานพยาบาลของทางราชการ หมายความว่า สถานพยาบาลซึ่งเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยของรัฐ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทยและองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสานมิตร และสถานพยาบาลอื่น ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ๓ ประเภท ดังนี้

๑. ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย
งบบุคลากร

๒. ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย และ
สัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

๓. ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วย
บำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมี
เบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

ผู้มีสิทธิสามารถนำค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว (ผู้อาศัยสิทธิ) มาเบิกเงินบุคคลใน
ครอบครัว (ผู้อาศัยสิทธิ) สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ บุคคลในครอบครัว (ผู้อาศัยสิทธิ) ได้แก่

(๑) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(๒) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(๓) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่
เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ

(๔) ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

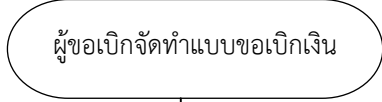
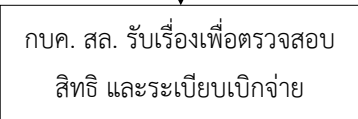
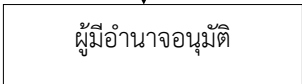
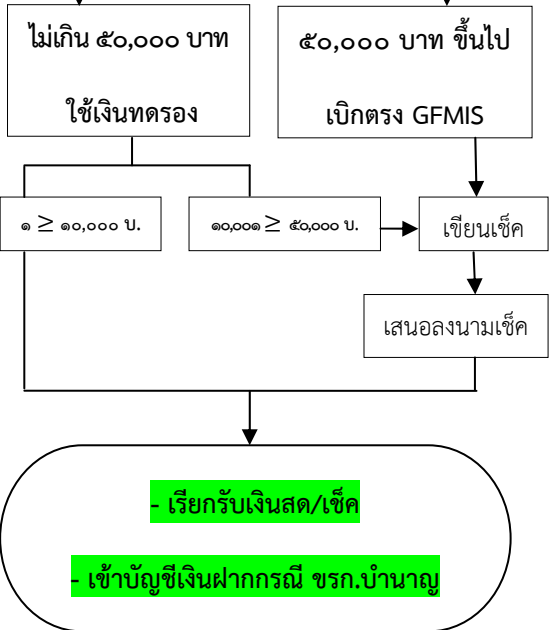
- หมายเหตุ :**
- การเบิกค่ารักษาพยาบาลยื่นแบบขอเบิกเงินได้ที่หน่วยงานที่สังกัดอยู่ หรือหน่วยงานที่ไป
ช่วยปฏิบัติราชการ
 - บุตรเบิกได้ไม่เกินอายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์หรือบรรลุนิติภาวะ
 - ผู้เบิกมีสิทธินำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกได้ภายในกำหนด ๑ ปี นับแต่วันที่ระบุใน
ใบเสร็จรับเงิน

เอกสารที่ใช้ประกอบการขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล

ประเภทรายจ่าย	หลักฐาน/เอกสารที่ใช้เบิกจ่าย
ค่ารักษาพยาบาล	๑. ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ๗๑๓๑) ตรวจสอบในเรื่องชื่อและตำแหน่งผู้มีสิทธิขอเบิก โรคและ รหัสโรค สิทธิการเบิก บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิฯ จำนวนเงิน ลายมือชื่อผู้ขอเบิกฯลฯ ๒. ใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาล (ระบุรหัสรายการรักษาฯ, รหัสอุปกรณ์) อย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้ ๒.๑) ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน ๒.๒) วัน เดือน ปี ที่รับเงิน ๒.๓) รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่ารักษาพยาบาลอะไร ๒.๔) จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร ๒.๕) ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

ประเภทรายจ่าย	หลักฐาน/เอกสารที่ใช้เบิกจ่าย
	๓. ใบสั่งยา กรณีที่โรงพยาบาลไม่มียาจำหน่าย ๔. ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล ๕. สำเนาทะเบียนบ้าน, ทะเบียนสมรส, สูติบัตร(ถ้ามี) ๖. หนังสือแจ้งการใช้สิทธิและหนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิ ๗. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการรับรองบุตร กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรส ๘. ใบรับรองยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (กรณีมียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ)

ผังกระบวนการงานและระยะเวลา : การขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา (วัน)	รายละเอียดงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑.		ขึ้นอยู่กับผู้เบิก (ต้องไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันที่ระบุในใบเสร็จ)	ผู้ขอเบิกเงินจัดทำแบบขอเบิกเงินตามแบบฟอร์ม ๑. ค่ารักษาพยาบาล : แบบ ๗๑๓๑ ๒. แนบใบเสร็จรับเงิน+ใบรับรองของโรงพยาบาล	ผู้ขอเบิก
๒.		๒ วัน	กบค. สล. ลงรับในระบบสารบรรณส่งงานการเงิน ตรวจสอบสิทธิ, อัตราที่เบิกจ่ายตามระเบียบ - กรณีค่ารักษา = ตรวจสอบสิทธิ, อัตรา	- งานธุรการ :ดรณิ - งานการเงิน : สุกัททรา
๓.		๒ วัน	ท.กบค. : วงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ลสค. : วงเงิน ๑๐,๐๐๑ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท ลปส. : วงเงิน ๑๐๐,๐๐๑ บาทขึ้นไป	ผู้บริหาร
๔.		๑ วัน	ขั้นตอนการจ่ายเงิน ๑. วงเงินไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท ใช้เงิน ทดรองราชการ - ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท จ่ายเงินสด	- งานการเงิน : จิราภรณ์/ จริญญา/บุญส่ง
		๒ วัน	- ตั้งแต่ ๑๐,๐๐๑ บาท เขียนเช็คส่งจ่าย	
		๕ วัน	๒. เกิน ๕๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป เบิกตรง GFMIS ภายใน ๓ วันนับแต่วันอนุมัติ ขึ้น P ตรวจสอบเงินโอนแล้วจึงเขียนเช็คส่งจ่ายและเสนอลงนามในเช็คใช้เวลาประมาณ ๒ วัน ๓. กรณีข้าราชการบำนาญ ที่ได้ระบุให้นำเข้าบัญชีเงินฝาก ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ ๒.	

แบบฟอร์มสำคัญ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ๗๑๓๑)

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง

แบบฟอร์ม

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

(แบบ ๗๑๓๑)

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"/>	
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"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ	
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2).....ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ



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 ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ