



คู่มือการปฏิบัติงาน เบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

คู่มือการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางการการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ขอบเขตขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ผู้มีสิทธิเบิกเขียนแบบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล (แบบ ๗๑๓๑) ถูกต้องตามแบบของกรมบัญชีกลาง พร้อมเอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา หรือเอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งให้งานการเงิน
2. งานการเงินตรวจสอบความถูกต้อง และเสนอผู้อำนวยการอนุมัติเบิก
3. ผู้อำนวยการอนุมัติให้เบิกตามหลักฐาน
4. งานการเงินบันทึกใบสำคัญการลงบัญชีขอเบิกเงินตามหลักฐาน เสนอผู้อำนวยการลงนามอนุมัติ
5. ผู้อำนวยการลงนามอนุมัติให้เบิกเงิน
6. งานการเงินขอเบิกเงินในระบบ New GFMS Thai เพื่อขออนุมัติเงินเข้าบัญชี
7. กรมบัญชีกลางอนุมัติเงินโอนเงินเข้าบัญชี
8. งานการเงินขอเบิกเงินในระบบ KTB Corporate เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิเบิก เสนอผู้อำนวยการอนุมัติ
9. ผู้อำนวยการอนุมัติในระบบ KTB Corporate เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิเบิก

คำจำกัดความ

เงินสวัสดิการ หมายถึง เงินที่ทางราชการช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการศึกษาบุตรข้าราชการ ข้าราชการ บำนาญ และลูกจ้างชั่วคราว

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายจากงบบุคลากรของหน่วยงาน

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล

1. กรอกแบบคำขอ (แบบ ๗๑๓๑) ให้ครบถ้วนถูกต้อง (ตัวอย่างตามแนบท้าย)
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ ๑ ปี นับจากวันที่ใบเสร็จรับเงิน) และหลักฐานอื่นๆ

แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

๒.๑ ใบเสร็จรับเงิน (ค่ายาที่เบิกได้ คือ “ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ”)

๒.๒ หนังสือแสดงอัตราค่าบริการสำหรับการเบิกจ่ายรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง (ถ้ามี)

(ซึ่งแสดงรหัสกรมบัญชีกลาง ๕ หลัก)

๒.๓ ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย

๒.๔ คำนวณเพื่อการรักษาหรือการรักษาโดยแพทย์แผนไทย ต้องแนบหนังสือรับรอง คณะกรรมการ หรือแพทย์แผนไทยผู้ทำการรักษา

๓. เอกสารแนบ

ผู้มีสิทธิต้องแนบเอกสารอ้างอิงความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวพร้อม รับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง ที่มีการขอเบิกเงิน ดังต่อไปนี้

๑. ใช้สิทธิเบิกให้บุตร (บุตรชอบด้วยกฎหมาย) ของผู้มีสิทธิ มี ๒ กรณี

๑.๑ กรณีมารดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก

เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
โดยสายเลือด	สูติบัตรของบุตร หรือ ทะเบียนบ้านของบุตร

๑.๒ กรณีบิดาเป็นผู้มีสิทธิเบิก

๑) เด็กที่เกิดในระหว่างการสมรสของบิดา มารดา ถือว่าเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของบิดา

๒) เด็กซึ่งเกิดนอกสมรส เด็กซึ่งเกิดก่อนการจดทะเบียนสมรสหรือบิดา มารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกัน จะเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายได้เมื่อ

- บิดา มารดาของเด็กได้ทำการจดทะเบียนสมรสกันในภายหลัง
- บิดา ได้จดทะเบียนรับรองว่าเป็นบุตรของตน มีผลนับแต่วันจดทะเบียนเด็กเป็นบุตร
- มีคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบุตรของตน มีผลนับแต่วันที่มีคำพิพากษาถึงที่สุด (ทั้งนี้ ผลของความเป็นบุตรชอบด้วย

กฎหมายจะย้อนหลังไปจนถึงวันที่บุตรเกิด)

เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิโดย	ทะเบียนสมรส หรือ ทะเบียนหย่า
จดทะเบียนรับรองบุตร	ทะเบียนรับรองบุตร (แบบ คร.๑๑)
คำพิพากษาของศาล	คำสั่งศาลหรือคำพิพากษาของศาลว่าผู้มีสิทธิเป็นบิดาชอบด้วยกฎหมายของบุตร

๒. ใช้สิทธิเบิกให้บิดา

เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
จดทะเบียนสมรสกับมารดาของผู้มีสิทธิ	ทะเบียนสมรส หรือ ทะเบียนหย่า
จดทะเบียนรับรองบุตร	ทะเบียนรับรองบุตร (แบบ คร.๑๑)
คำพิพากษาของศาล	คำสั่งศาลหรือคำพิพากษาของศาลว่าผู้มีสิทธิเป็นบิดาชอบด้วยกฎหมายของบุตร


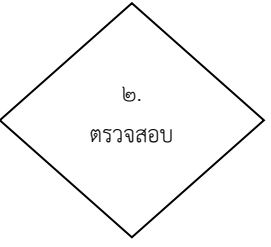
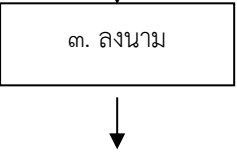
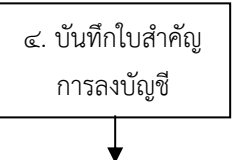
๓. ใช้สิทธิเบิกให้มารดา

เป็นมารดาชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
โดยสายเลือด	สูติบัตรของบุตร หรือ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ

๓. ใช้สิทธิเบิกให้คู่สมรส

เป็นคู่สมรสชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ	เอกสารอ้างอิงที่ใช้ประกอบการเบิก
จดทะเบียนสมรส	ทะเบียนสมรส

ชื่อ : คู่มือการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล

ผังกระบวนการ	วิธีปฏิบัติขั้นตอนในการขอรับบริการ	ระยะเวลา	แบบฟอร์มที่ใช้	ค่าธรรมเนียม	ช่องทางให้บริการ	ผู้รับผิดชอบ
 <p>๑. ส่งเอกสาร</p>	ผู้มีสิทธิเบิกส่งเอกสารให้งานการเงิน	๑ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	ผู้มีสิทธิเบิก
 <p>๒. ตรวจสอบ</p>	งานการเงินตรวจสอบรายการหลักฐาน หากไม่ถูกต้องส่งกลับแก้ไข	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	งานการเงิน
 <p>๓. ลงนาม</p>	ผู้อำนวยการลงนามอนุมัติให้เบิก	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	ผู้อำนวยการ
 <p>๔. บันทึกใบสำคัญ การลงบัญชี</p>	งานการเงินบันทึกใบสำคัญการลงบัญชีเพื่อขอเบิกเงิน	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	งานการเงิน

ชื่อ : คู่มือการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล

ผังกระบวนการ	วิธีปฏิบัติขั้นตอนในการขอรับบริการ	ระยะเวลา	แบบฟอร์มที่ใช้	ค่าธรรมเนียม	ช่องทางให้บริการ	ผู้รับผิดชอบ
			เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">๕. ลงนาม</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	ผู้อำนวยการลงนามอนุมัติให้เบิกเงิน	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	ผู้อำนวยการ
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">๖. เบิกเงินในระบบ New GFMS Thai</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	งานการเงินขอเบิกเงินในระบบ New GFMS Thai เพื่อเข้าบัญชี	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	งานการเงิน
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">๗. รับเงิน</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	ระบบ New GFMS Thai โอนเงินเข้าบัญชีตามที่ขอเบิก	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	กรมบัญชีกลาง
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">๘. เบิกเงินในระบบ KTB Corporate</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	งานการเงินเบิกเงินในระบบ KTB Corporate เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิเบิก	๑-๒ วัน	- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุราษฎร์ธานี	งานการเงิน

ชื่อ : คู่มือการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล

ผังกระบวนการ	วิธีปฏิบัติขั้นตอนในการขอรับบริการ	ระยะเวลา	แบบฟอร์มที่ใช้	ค่าธรรมเนียม	ช่องทางให้บริการ	ผู้รับผิดชอบ
			เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">๙. อนุมัติ</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">↓</div>	<p>ผู้อำนวยการอนุมัติให้เบิกเงินในระบบ KTB Corporate เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิเบิก</p>	<p>๑-๒ วัน</p>	<p>- แบบ ๗๑๓๑ เอกสารแนบ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองการสั่งยา เอกสารแนบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>ไม่มีค่าธรรมเนียม</p>	<p>ยื่นด้วยตนเอง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี</p>	<p>ผู้อำนวยการ</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">สิ้นสุด</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">↓</div>						

ภาคผนวก

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก ตำแหน่ง..... สังกัด..... โทรศัพท์..... (ให้ติดต่อได้)	
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..... <input type="checkbox"/> ระบุโรคที่ได้รับการรักษา และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... <input type="checkbox"/> ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทหารราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... <input type="checkbox"/> จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินรวมทุกฉบับ บาท (..... <input type="checkbox"/> เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ	
3. ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน..... บาท (..... <input type="checkbox"/> เขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร) <input type="checkbox"/> จำนวนใบเสร็จรับเงินทั้งหมดที่ได้รับการรักษา (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกให้สิทธิจากทหารราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ให้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น (2)..... <input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้ถือครองผู้อื่น	

4. เลข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

- กรณีข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ชื่อ ผอ.ร.ร.
- กรณีข้าราชการบำนาญ / เว้นไว้

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ