

การใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลนั้น ใช้เฉพาะกรณีสำรองจ่ายเท่านั้น
ผู้มีสิทธิต้องแนบเอกสารอ้างอิง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการขอเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร

1. กรอกแบบคำขอ แบบ 7105 ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
2. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่นๆ แล้วแต่กรณี ให้ถูกต้อง ครบถ้วน โดยใบใบเสร็จให้ระบุว่า “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้สำรองเงินจ่ายเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลจริงทุกประการ” พร้อมทั้งลงลายมือชื่อรับรองการจ่ายเงิน
3. ส่งเอกสารหลักฐานให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการเบิกค่ารักษาพยาบาล เพื่อที่จะได้ส่งเอกสารในระบบ สปสช. เพื่อตรวจสอบและรอการโอนเงินกลับมายังอบต.
4. กองคลังตรวจสอบสถานะในระบบ หากมีการโอนเงินเข้าบัญชีของอบต.แล้ว กองคลังจะดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิต่อไป

“ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปีเริ่มจากวันที่ใบใบเสร็จรับเงิน (ปีชนปี)”
ผู้ใช้สิทธิต้องได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิจากนายทะเบียนของอบต. แล้วจึงจะมีสิทธิเบิกได้

สรุปขั้นตอน

ผู้มีสิทธิยื่นคำขอและเอกสารประกอบ → นายทะเบียนอบต. บันทึกข้อมูลในระบบ → สปสช. เขต 7
ขอนแก่น ตรวจสอบเอกสาร → เมื่อผ่านการพิจารณา สปสช.จะตัดรอบจ่ายวันที่ 15 และวันที่ 30 → โอนเงินเข้า อบต. 20
วันหลังจากตัดรอบ → โอนเงินเข้าบัญชี อบต. อบต.เบิกจ่ายให้ผู้มีสิทธิ

เอกสารหลักฐานประกอบการขอเบิกจ่ายแล้วแต่กรณี

กรณีที่ 1 สถานพยาบาลของรัฐ

1. ใบเสร็จรับเงิน (ระบุนှ်สรายการ)
2. เอกสารประกอบอื่นๆ เช่น
- หนังสือรับรองการใช้ยากรณีใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

กรณีที่ 2 สถานพยาบาลของเอกชน ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยใน

1. ใบเสร็จรับเงิน (ระบุนှ်สรายการ)
2. ใบรับรองจากแพทย์ผู้รักษาของสถานพยาบาลเอกชน ที่ระบุถึงความจำเป็นรีบด่วนในการเข้ารับการรักษาพยาบาล
3. ใบแสดงรายละเอียดค่าใช้จ่ายต่างๆ
4. ใบคำสั่งการรักษา (ใบสั่งยา) / ใบส่งตรวจทางห้องทดลอง/ ใบส่งตรวจโดยวิธีการเอ็กซเรย์ของแพทย์ผู้ตรวจรักษา
จากสถานพยาบาลรัฐ เป็นต้น
5. หนังสือส่งตัวจากแพทย์โรงพยาบาลรัฐไป สถานพยาบาลเอกชน เช่น กรณีฟอกไต

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

- 1 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
- ข้าพเจ้า
- บิดา ชื่อ..... คู่สมรส ชื่อ.....
- มารดา ชื่อ.....
- บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
- ป่วยเป็นโรค.....
- และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
- ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
- ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ ก
- เป็นเงิน.....บาท (.....)
- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- ข้าพเจ้า เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา จ</p> <p>เสนอ นายกองคํการบริหารส่วนตำบลหนองแสง ข้าพเจ้า นายอนุชิต โปธิมาตย์ ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นายอนุชิต โปธิมาตย์) ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นายอนุชิต โปธิมาตย์) ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปฏิบัติหน้าที่ นายกองคํการบริหารส่วนตำบลหนองแสง</p>
--	--

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี
- ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบแนบใบเสร็จรับเงิน

ฎีกาผู้เบิกเลขที่.....
เลขฎีกาลังรับที่.....วันที่คลังรับ.....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน..... ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้วนั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงิน
สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
ข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ จำนวนเงิน.....บาท (.....)