

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง : การเบิกค่ารักษาพยาบาล	หน้า 1 / 3 FIN-000-2-003-00
	ชื่อหน่วยงาน : งานคลัง	10 มิ.ย. 2554
ผู้ตรวจสอบ : <div style="text-align: center;">  นางสาวนันทพร เสนาปินท์ หัวหน้างานคลัง </div>	ผู้อนุมัติ : <div style="text-align: right;">  (ศ.นพ.วุฒิชัย ธนาพงศธร) คณบดีคณะแพทยศาสตร์ </div>	

1. วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้พนักงานได้เข้าใจขั้นตอนการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามกำหนดเวลา ภายใน 15 วัน

2. ขอบข่าย :

ระเบียบปฏิบัติงานฉบับนี้ครอบคลุมเรื่องการเบิกค่ารักษาพยาบาลของพนักงานศูนย์การแพทย์ฯ ที่สำรองเงินจ่ายทั้งโรงพยาบาลของรัฐบาล , โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก

3. คำจำกัดความ :

- 3.1 การรักษาพยาบาล หมายความว่า การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดให้หายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทัวไป รวมทั้งการรักษาโรคฟัน และการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป
- 3.2 ค่ารักษาพยาบาล หมายความว่า เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล

4. เอกสารอ้างอิง :

- 4.1 ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่องหลักเกณฑ์การพัฒนางานพนักงานมหาวิทยาลัย (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2549

5. การควบคุมภาพ <input checked="" type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ต้นฉบับ <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม <input type="checkbox"/> ต้นฉบับที่.....1.....
--

5. รายละเอียด :

ขั้นตอนการเบิกค่ารักษาพยาบาลเงินรองจ่าย มีดังนี้

กระบวนการและแนวทางปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. ผู้ขอเบิกกรอกแบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พร้อมแนบหลักฐาน</p> <p> <u>กรณีได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก</u> ใบเสร็จรับเงิน และใบรับรองแพทย์</p> <p> <u>กรณีได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลรัฐบาล</u> ใบเสร็จรับเงิน</p> <p> เอกสารที่แนบเบิกกรณีให้ตัวเอง ไม่ต้องใช้ ใช้เพียงหลักฐานการจ่ายเงิน เพียงอย่างเดียว</p> <p> เอกสารที่ต้องแนบกรณีเบิกให้กับบุคคลในครอบครัว มีดังนี้</p> <p> 1.1 กรณีเบิกให้บุตร แนบสำเนาสูติบัตร</p> <p> 1.2 กรณีเบิกให้บิดา มารดา แนบสำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอเบิก</p> <p> 1.3 กรณีเบิกให้คู่สมรส แนบสำเนาทะเบียนการสมรส</p>	ผู้ขอเบิก
<p>2.งานคลังตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารและหลักฐานจ่ายเงิน</p> <p> กรณีถูกต้องครบถ้วน งานคลังจะตัดยอดค่ารักษาพยาบาลในระบบค่ารักษาพยาบาล</p> <p> กรณีไม่ถูกต้อง ส่งกลับคืนผู้ขอเบิกเพื่อดำเนินการแก้ไข</p>	งานคลัง
<p>3. งานคลังโอนเงินเข้าบัญชีตามรอบการส่งเอกสาร สามารถตรวจสอบการโอนเงินได้ในใบแจ้งการโอนเงิน(ระบบเช็คยอดสวัสดิการ)</p> <p> <u>รอบการโอนเงินค่ารักษาพยาบาล</u></p> <p> 3.1 ยื่นเอกสารภายในวันที่ 1-10 ของเดือน โอนเงินเข้าวันที่ 15 ของเดือน</p> <p> 3.2 ยื่นเอกสารภายในวันที่ 11-20 ของเดือน โอนเงินเข้าสิ้นเดือน</p> <p> 3.3 ยื่นเอกสารภายในวันที่ 21- สิ้นเดือน โอนเงินเข้า วันที่ 5 ของเดือนถัดไป</p> <p> ส่งเบิกที่กองคลังต่อไป</p>	งานคลัง

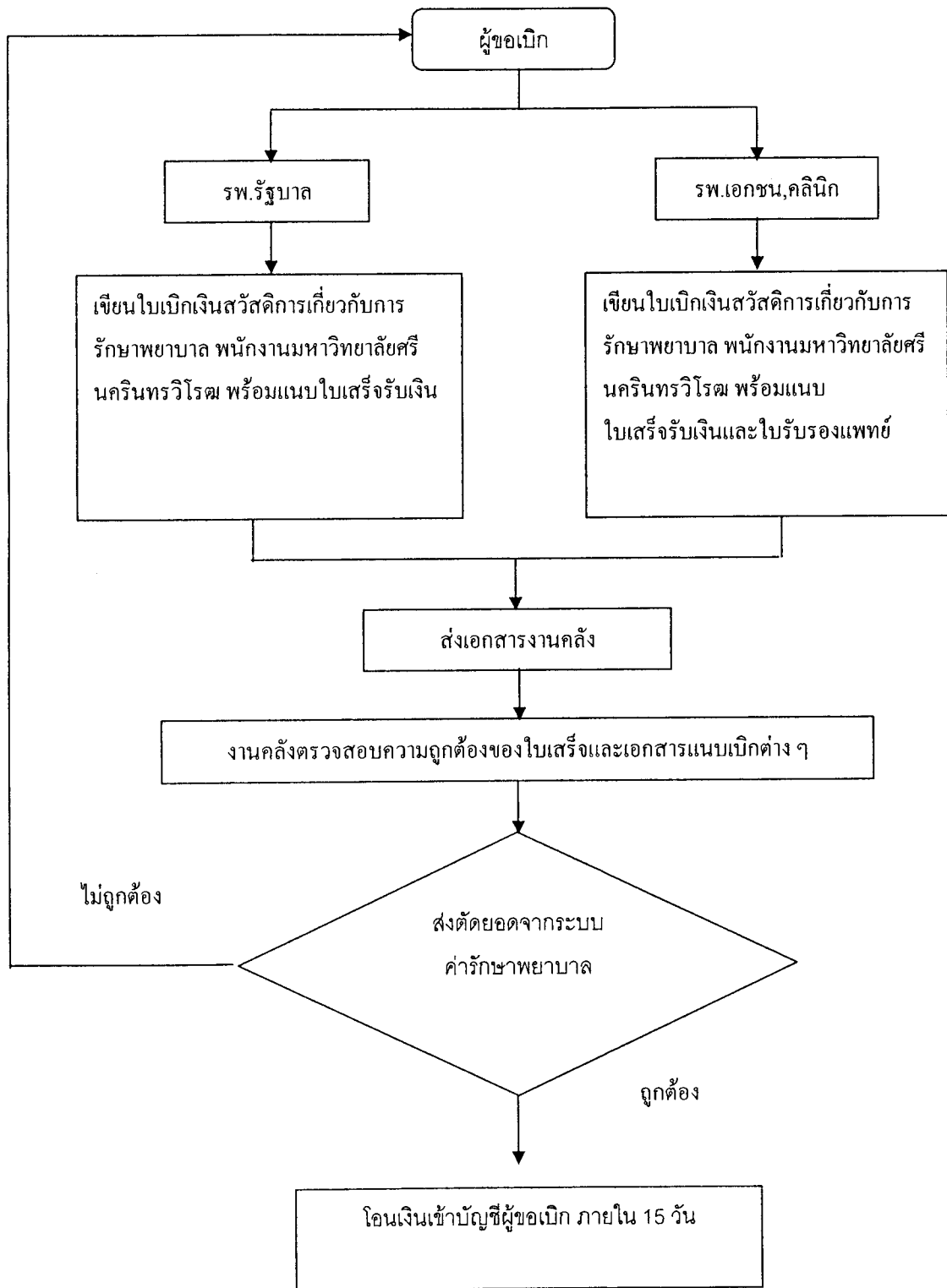
เรื่อง : การเบิกค่ารักษาพยาบาลเงินรองจ่าย

6. ภาคผนวก :

6.1 Flowchart แสดงขั้นตอนการเบิกค่ารักษาพยาบาลเงินรองจ่าย

6.2 แบบฟอร์มใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

Flow Chart แสดงขั้นตอนการเบิกค่ารักษาพยาบาลเงินรองจ่าย



ตัวอย่าง

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วนและถูกต้อง

1. ข้าพเจ้า น.ส. ชนากา ฉันทะนิยะกุล..... ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานบริหาร..... สังกัด ศูนย์การแพทย์ ๗.....	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล	
<input checked="" type="checkbox"/> ข้าพเจ้า น.ส. ฉันทะนิยะกุล.....	<input type="checkbox"/> คู่สมรสข้าพเจ้า ชื่อ.....
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....	
<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....	
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....	เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
<input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีนั่งแก่กรรมแล้ว	
<input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....	
ป่วยเป็นโรค ใช้หลัก.....	
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล)..... ศูนย์การแพทย์ ๗.....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input checked="" type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... 5 พ.ค. 54	
ถึงวันที่..... 5 พ.ค. 54..... รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... 300..... บาท	
(..... สามร้อยบาทถ้วน.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... 1..... ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่องสวัสดิการ การรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ	
เป็นเงิน..... 300..... บาท (..... สามร้อยบาทถ้วน.....) และ	
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของทางราชการ หรือหน่วยงานอื่นที่มีส่วนราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย
	<input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานประจำ หรือพนักงานชั่วคราว
	ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....
(3) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีส่วนราชการ
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายการเบิกและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	
(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ	
วันที่..... 6..... เดือน..... พ.ค..... พ.ศ. 54.....	

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ และมี
หลักฐานถูกต้อง ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

5. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... 300บาท
(..... สามร้อยบาทถ้วน) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....^{16m}.....ผู้รับเงิน

(น.ส. ชนาภา จันทร์ปิยะกุล.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

หมายเหตุ พนักงานผู้ใดเบิกจ่ายเงินเป็นเท็จ มหาวิทยาลัยจะดำเนินการตามกฎหมาย