



รายการตรวจสอบเอกสารประกอบการเบิกจ่าย (Check list)
สวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

Check list คณะ/หน่วยงาน ✓X		รายละเอียดของการตรวจสอบ	Check list กองคลังและพัสดุ ✓X
1.	<input type="checkbox"/>	งบหน้าใบขอเบิกเงินผ่านระบบ ERP ของมหาวิทยาลัย และหรือการขอเบิกเงินผ่านระบบ GFMS ของกรมบัญชีกลาง	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ 7131)	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	ใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาล (ระบุรหัสรายการรักษา, รหัสอุปกรณ์) อย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้ 2.1) ชื่อ สถานที่อยู่หรือที่ทำการของผู้รับเงิน 2.2) วัน เดือน ปี ที่รับเงิน 2.3) รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่ารักษาพยาบาลอะไร 2.4) จำนวนเงินตัวเลขและตัวอักษร 2.5) ลายมือชื่อผู้รับเงิน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ต้องตรวจสอบรายการที่ www.cgd.go.th เลือกระบบตรวจสอบ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	ใบสั่งยา กรณีที่โรงพยาบาลไม่มียาจำหน่าย	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	ทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส สูติบัตร (กรณีขอครั้งแรก)	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	หนังสือแจ้งสิทธิการใช้สิทธิและหนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิ (กรณีที่การใช้สิทธิกรรยาและกรณีขอเปลี่ยนแปลงครั้งแรก)	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	หนังสือสำคัญแสดงการรับรองบุตร (กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรส)	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	ใบรับรองยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (กรณีมียานอกบัญชีหลักแห่งชาติ)	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	บบขอรับเงินผ่านธนาคาร (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารเข้าบัญชี (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	ใบมอบฉันทะ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ(รับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) (กรณีที่ใช้สำเนาผู้ขอเบิกเงินต้องรับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
<p>สำหรับคณะ/หน่วยงาน</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร (.....) วันที่.....</p>		<p>สำหรับกองคลังและพัสดุ</p> <p>ผลการตรวจสอบเอกสาร <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง(ส่งคืน)</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร (.....) วันที่.....</p>	



เงื่อนไขความจำ

1. บุตรเบิกได้ 3 คน ไม่เกินอายุ 20 ปีบริบูรณ์หรือบรรลุนิติภาวะ
2. ผู้เบิกมีสิทธินำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกได้ภายในกำหนด 1 ปี นับแต่วันที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน
3. โรงพยาบาลเอกชนกรณีเป็นผู้ป่วยนอกไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกเงินกับหน่วยงานต้นสังกัด
ทุกกรณี

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553
2. ผู้หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553
และหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง

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 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"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2)ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

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.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการกองคลังและพัสดุ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....E-Mail.....

ข้าราชการ ผู้รับบำนาญ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานราชการ

ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว อื่น.....

ได้ยินยอมและประสงค์ขอให้กองคลังและพัสดุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โอนเงินเดือน/ เงินประจำตำแหน่งหรือเงิน
อื่นใดที่มีสิทธิ์ได้รับจากทางราชการเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้า ดังนี้

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
พร้อมนี้ได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้ามาพร้อมนี้แล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ(sign).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ โปรดส่งถึงกองคลังและพัสดุ ก่อนวันที่ 5 ของเดือน เพื่อที่จะได้โอนได้ทันภายในเดือน
หากส่งถึงกองคลังและพัสดุ หลังวันที่ 5 ของเดือน จะดำเนินการให้ในเดือนถัดไป