






# การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

## การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

### ผู้มีสิทธิ

-  เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำที่มีสิทธิรับเงินเดือน/ค่าจ้างจากงบประมาณแผ่นดิน
-  เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ มีอายุตั้งแต่ 3 ปีบริบูรณ์ ถึง 25 ปีบริบูรณ์ (ยกเว้นบุตรที่บิดาหรือมารดาได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่น)
-  จำกัดการเบิกไม่เกินบุตร 3 คนต่อผู้มีสิทธิเบิก



## การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร



### หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรสำหรับผู้มีสิทธิเบิก

1. หนังสือ/บันทึกขอเบิกเงินสวัสดิการ
2. ใบบังคับสำคัญขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
3. กรอกแบบคำขอ แบบ 7223 ให้ครบถ้วนถูกต้อง
  - โดยเสนอผู้อำนวยการโรงเรียนอนุมัติ

## การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร



### หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรสำหรับผู้มีสิทธิเบิก

4. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินให้ครบถ้วน ใบเสร็จรับเงินต้องเป็นต้นฉบับเท่านั้น

- หากมีการโอนชำระผ่านธนาคารให้แนบบใบ Pay in ด้วย  
(รับรองการจ่ายเงินใต้ใบเสร็จ โดยใช้แบบฟอร์มติดใบเสร็จทุกครั้ง)

5. ประกาศของโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย เรื่องอัตราค่าธรรมเนียมการศึกษาและค่าธรรมเนียมอื่น

- หากใบเสร็จรับเงินเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้แนบประกาศขออนุมัติใช้ลายมือผู้รับเงินด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ใบเสร็จรับเงินของสถานศึกษานั้น



## การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

### กรณีบิดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาสูติบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกและคู่สมรส) หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือสำเนาทะเบียนหย่า
3. ใบเปลี่ยนชื่อ- สกุล (ถ้ามี)

### กรณีมารดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านบุตร
2. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

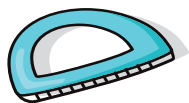


ประเภทและอัตราในการเบิกค่าบำรุงการศึกษา

(ตาราง ๑)		สถานศึกษาของเอกชน อัตราค่าธรรมเนียมการศึกษา/ค่าเล่าเรียนต่อ	
		สถานศึกษาที่รับเงินอุดหนุน	สถานศึกษาที่ไม่รับเงินอุดหนุน
ประเภท/ระดับการศึกษา/ประเภทวิชา/สายวิชา	สถานศึกษาของทางราชการ บำรุงการศึกษาต่อ <b>ปีการศึกษา</b>	<b>ปีการศึกษา</b>	
<b>ประเภทสามัญการศึกษา</b>			
อนุบาล	๕,๘๐๐	๔,๘๐๐	๑๓,๖๐๐
ประถมศึกษา	๔,๐๐๐	๔,๒๐๐	๑๓,๒๐๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๔,๘๐๐	๓,๓๐๐	๑๕,๘๐๐
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.สายอื่น ๆที่ไม่ระบุใน (ตาราง ๑)	๔,๘๐๐	๓,๒๐๐	๑๖,๒๐๐
อนุปริญญา	๑๓,๗๐๐		ตาราง ๒
ปริญญาตรี	๒๕,๐๐๐		ตาราง ๒

ปวช. (ตาราง ๑)	สถานศึกษาของทางราชการ บำรุงการศึกษาต่อ <b>ปีการศึกษา</b>	สถานศึกษาของเอกชน อัตราค่าธรรมเนียมการศึกษา/ค่าเล่าเรียนต่อ	
		<b>ปีการศึกษา</b>	
ประเภท/ระดับการศึกษา/ประเภทวิชา/สายวิชา		สถานศึกษาที่รับเงินอุดหนุน	สถานศึกษาที่ไม่รับเงินอุดหนุน
<b>ประเภทอาชีวศึกษา</b>			
คหกรรม หรือคหกรรมศาสตร์	-	๓,๔๐๐.๐๐	๑๖,๕๐๐.๐๐
พาณิชยกรรม หรือบริหารธุรกิจ	-	๕,๑๐๐.๐๐	๑๙,๙๐๐.๐๐
ช่างอุตสาหกรรม หรืออุตสาหกรรม	-	๗,๒๐๐.๐๐	๒๔,๔๐๐.๐๐
อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว	-	๕,๑๐๐.๐๐	๑๙,๙๐๐.๐๐
อุตสาหกรรมสิ่งทอ	-	๗,๒๐๐.๐๐	๒๔,๔๐๐.๐๐





สถานศึกษาเอกชน (ตาราง ๒)

	<u>สาขาวิชาดังนี้เบิกได้ครั้งหนึ่งที่จ่าย</u>
ปวส. พาณิชย์ เกษตร คหกรรม ท่องเที่ยว	เบิกได้ครั้งหนึ่งที่จ่าย/ไม่เกิน ๒๕,๐๐๐
ปวส. ช่างฯ เทคโนโลยีสารสนเทศ	เบิกได้ครั้งหนึ่งที่จ่าย/ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐
ปริญญาตรี	เบิกได้ครั้งหนึ่งที่จ่าย/ไม่เกิน ๒๕,๐๐๐

ใบเสร็จมีอายุ 1 ปีการศึกษา นับจากวันเปิดภาคเรียน

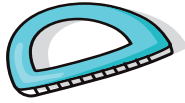
เช่น ใบเสร็จ ภาคเรียนที่ 1/2568 ส่งเบิกก่อนวันเปิดภาคเรียนที่ 1/2569

กรณี ค้างชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา (ชำระในปีการศึกษาถัดไป) ให้เบิกภายใน 30 วัน นับจากวันที่จ่ายชำระเงิน





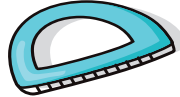
# การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร



**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร**  
ไปรษณีย์หรือทาง  ลงในช่อง  หัวข้อที่กล่าวถึงข้อความที่แจ้งให้

1.	ชื่อผู้ขอเบิก <span style="float: right;">ครู</span> ชื่อโรงเรียนบ้าน.....ตพ.ปจ.2	ผ่านทาง..... โทรศัพท์ (ติดต่อได้).....
2.	ผู้ขอของเจ้าหน้าชื่อ <span style="float: right;">ชื่อคู่สมรส / ไม่ได้สมรส / หย่า</span> <input type="checkbox"/> ไปเป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ผ่านทาง..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐบาลท้องถิ่นของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> กลุ่มสหกรณ์ อสังหาริมทรัพย์ อสังหาริมทรัพย์ หรือหน่วยงานอื่นใด ผ่านทาง.....	
3.	เจ้าหน้าเป็น/มิใช่กำลังปฏิบัติงานประจำ <input type="checkbox"/> เป็นนิสิตของโรงเรียน <input type="checkbox"/> เป็นบุตร	
4.	เจ้าหน้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเรียน 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรคนที่บุตรซึ่งอื่นสกุลหรืออื่น) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ..... สถานศึกษา..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรคนที่บุตรซึ่งอื่นสกุลหรืออื่น) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ..... สถานศึกษา..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรคนที่บุตรซึ่งอื่นสกุลหรืออื่น) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ..... สถานศึกษา..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท	





# การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

๕. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ค่ายเด็ก  เฉพาะส่วนที่ใช้จ่ายภาคสิทธิ เป็นเงิน.....บาท  
(.....)

๖. ผู้อำนวยกรโรงเรียน.....

ข้าพเจ้าขอสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือค่าหอพักหรือค่าเช่าที่พักเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและค่าอาหารที่ระบุข้างต้นเป็นรายวัน

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือค่าหอพักหรือค่าเช่าที่พักเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิมีภรรยาหรือทายาทหรือครอบครัวจากญาติเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่ต้องยกย่อง

ผู้บุตรของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือค่ารถจักรยานยนต์ หน่วยงานของทหารอากาศ ทหารบก ทหารเรือ กองทัพบก ทหารอากาศ องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ค่ารถจักรยานที่ได้รับจากทางราชการ ส่วนรวม ไม่ต้องใส่จำนวนเงิน ถ้าไม่ใช่เงินขึ้น

ข้าพเจ้าขอรับรวมรวมสิทธิมีค่าใช้จ่ายค่ารถจักรยาน ค่าส่วนหนึ่งที่ขอเบิก

(ขอชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ส่วนบุตร

อนุสิทธิพิเศษไว้

(ขอชื่อ).....  
(.....)  
ส่วนหนึ่ง.....อนุมัติทั้งในกรณีนี้ ผอ.ขอเบิกเอง

๘. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร ส่วนรวม.....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ขอชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)  
(ขอชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถ้ามีเอง

ให้ระบุการมีสิทธิพิเศษใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ





ติดใบเสร็จรับเงิน

# การเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวของข้าพเจ้าไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงินเป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก  
[.....ชื่อผู้ขอเบิก.....]  
ตำแหน่ง.....





# การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

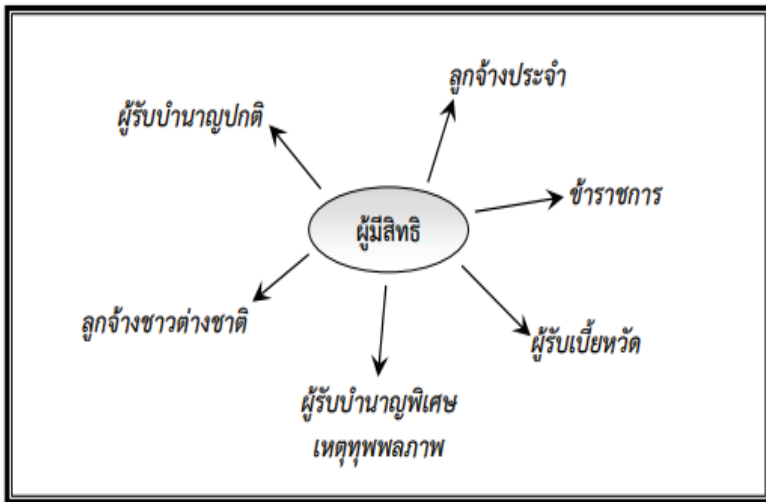
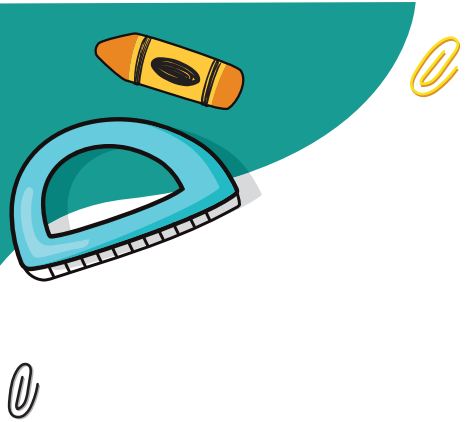
# การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

## ผู้มีสิทธิ

(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณ รายจ่าย งบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่าง รับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ

(2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย และสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

(3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วย บำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุน มีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด



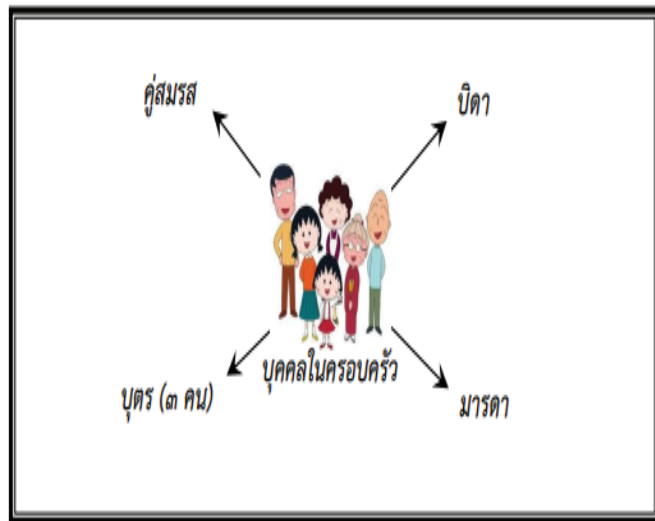
## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

บุคคลในครอบครัว หมายความว่า

(1) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ



## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล



### หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิเบิก

1. หนังสือ/บันทึกขอเบิกเงินสวัสดิการ
2. ใบบอกสำคัญขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
3. กรอกแบบคำขอ แบบ 7131 ให้ครบถ้วนถูกต้องเสนอผู้อำนวยการโรงเรียนอนุมัติ  
กรณีผู้อำนวยการโรงเรียนส่งเบิกเองให้เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียนอนุมัติ

## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล




### หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิเบิก

4. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่น ๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน

(รับรองการจ่ายเงินใต้ใบเสร็จโดยใช้แบบฟอร์มติดใบเสร็จทุกครั้ง)

- - ใบเสร็จรับเงินค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม หรือค่าบริการสาธารณสุข รายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วยเพื่อส่วนราชการสามารถเทียบเคียงรายการเพื่อการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด (ใบเสร็จต้องมีรหัสค่าบริการของกรมบัญชีกลาง)
- - กรณียานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ทุกครั้ง
- - กรณีเป็นโรงพยาบาลเอกชน ต้องแนบบแบบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน


5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้สิทธิขอเบิกแล้วแต่กรณีดังนี้



## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล




### กรณีเบิกให้บิดา

- 
๑. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
  ๒. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
  ๓. สำเนาทะเบียนสมรสบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
  ๔. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)



### กรณีเบิกให้มารดา

๑. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก
  ๒. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
  ๓. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- 



## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

### กรณีบิดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกและคู่สมรส) หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายหรือสำเนาทะเบียนหย่า
3. ใบเปลี่ยนชื่อ- สกุล (ถ้ามี)

### กรณีเบิกให้คู่สมรส

1. สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้ขอเบิกและคู่สมรส)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
3. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

### กรณีมารดาเบิกให้บุตร

1. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

# การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

แบบ ๗/๑๓๖

หน้าบใบสำคัญเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ประกอบหลักฐานขอเบิก

โรงเรียน .....



เลขที่ใบสำคัญ	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
๑	นาย..... สำหรับ น.ส.....	๑๒,๕๐๐ -	๑๒,๕๐๐ -	คนไข้นอก (รัฐบาล)
๒	นาง..... สำหรับ น.ส.....	๙,๕๐๐ -	๑๑,๕๐๐ -	คนไข้นอก (รัฐบาล)
	สำหรับ นาย.....	๒,๕๐๐ -		คนไข้ใน (เอกชน)
<b>ตัวอย่างแบบฟอร์ม และการพิมพ์หน้าบฯ</b>				
รวม			๒๔,๕๐๐ -	

ขอรับรองว่าการเบิกเงินครั้งนี้ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานขอเบิกเงิน ถูกต้องตามระเบียบของทางราชการเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้เบิก  
 (.....)  
 ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงเรียน.....



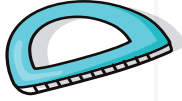
## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า	ชื่อผู้ขอเบิก	ตำแหน่ง	ครู
		สังกัด	โรงเรียนบ้าน.....สพป.ปจ.2
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ			
<input type="checkbox"/>	ตนเอง		
<input type="checkbox"/>	คู่สมรส ชื่อ .....	เลขประจำตัวประชาชน	.....
<input type="checkbox"/>	บิดา ชื่อ .....	เลขประจำตัวประชาชน	.....
<input checked="" 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"/> ก
ป่วยเป็นโรค.....			
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....			
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....			
..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท			
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ			
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
<input checked="" type="checkbox"/>	ตามสิทธิ	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น	
		<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย	<input type="checkbox"/> ข
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ			
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น	
	<input type="checkbox"/>	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกให้สิทธิจากทางราชการ	
	<input type="checkbox"/>	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
	<input type="checkbox"/>	เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว	
(2).....ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น	
	<input type="checkbox"/>	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา	
	<input type="checkbox"/>	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
	<input checked="" type="checkbox"/>	มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น	





# การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

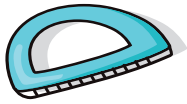
4. เสนอ..... ผู้อำนวยกาโรงเรียน.....	๓
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	
(ลงชื่อ) .....	ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(..... ชื่อผู้ขอเบิก.....)	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
5. คำอนุมัติ	
อนุมัติเบิกได้	
(ลงชื่อ) .....	
(..... ผู้อำนวยกาโรงเรียน.....)	
ตำแหน่ง.....หรือถาวรเงินของโรงเรียน.....(กรณีผอ.เป็นขอเบิก	
6. ใบรับเงิน	
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท	
(..... ไว้ถูกต้องแล้ว	
(ลงชื่อ) .....	ผู้รับเงิน
(..... ชื่อผู้ขอเบิก.....)	
(ลงชื่อ) .....	ผู้จ่ายเงิน
(..... .....)	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

## คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ







# การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

## ใบเสร็จรับเงิน

### รายการ

ค่าห้องค่าอาหาร	1,200.00	
ค่ารถในอุบัติเหตุหลักแห่งชาติ	303.00	
ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใบกำกับ	5.00	12.00
ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	510.00	
ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์	00.00	
ค่าบริการทางการแพทย์	1,200.00	
ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	19.00	

จำนวนเงิน (บาท)  
 เงินได้และเงิน  
 กระทบวงจำกัด  
 เงินได้และเงิน  
 กระทบวงจำกัด

คืนฉบับ

รวมเงิน 3,337.00 12.00  
 สามพันสามร้อยสี่สิบสามบาทถ้วน **3,349.00**

ได้รับเงินเป็นงาออกด้วย

วงเงิน

ผู้รับเงิน  
น.ต.ปริศนา จันทร์

ตำแหน่ง

หัวหน้างาน

## สรุปรายละเอียดค่าใช้จ่าย

03 ค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ		รวม	1,600.00	
1 BCG (BCG vac. เต็มกรกติด)	DOSE	20.00	1	20.00
2 HBV1 (HB vac. เต็มกรกติด)	DOSE	260.00	1	260.00
3 vit K 1 mg/0.5 ml inj.	Amphide	13.00	1	13.00
4 Alcohol 60 ml	ขวด	9.50	1	10.00
		รวม		303.00

## 05 ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใบกำกับ

1 Aserkoc ไม้พันผ้าสีsss (10ก้าน/ซอง)	4.00	3	12.00	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใบกำกับ
2 ACotton ball 0.35Gm 30pcs	5.00	1	5.00	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใบกำกับ
	รวม		17.00	

## 06 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

1 Rh Typing:22108	60.00	1	60.00	ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบ
2 Blood group (ABO) - Tube method:22105	110.00	1	110.00	ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบ
3 Direct antioglobulin test-Gel method:22114	140.00	1	140.00	ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบ
	รวม		310.00	

## 07 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

1 Bilirubin Micro blood:32209 32209	70.00	1	70.00	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
2 Bilirubin Direct blood:32207	60.00	1	60.00	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
3 CBC by automation:30101	130.00	1	130.00	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
4 Bilirubin Micro blood:32209	70.00	1	70.00	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
5 Bilirubin Total blood:32208	60.00	1	60.00	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
6 Reticulocyte count:30103	70.00	1	70.00	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

23/10/25 11:03

หน้า 1

ใบเสร็จให้ระบุ

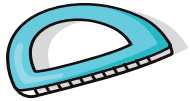
อัตราค่าบริการสาธารณสุข

จำนวนเลข 5 ตัว

หรือแนบสรุปรายละเอียด

ค่าใช้จ่าย





# การติดใบเสร็จให้ใช้แม่กเย็บติด ห้ามติดกาว

## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เล่มที่ 474

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง

วันที่ 2 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

ได้รับเงินจาก ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ยกร	
- ค่าแพทย์สอนคน (๕๕๘๑๐) 55810	507
รวมบาท	50
บาท	

จำนวนเงิน ห้าสิบบาทถ้วน (ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ (นางสาวกิตติยา นันสอ ใต้) รับเงิน  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลวิชัยพัฒนา

ใบเสร็จให้ระบุ

อัตราค่าบริการสาธารณสุข จำนวนเลข 5 ตัว

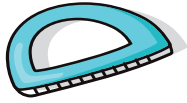
แล้วใช้ลวดเย็บกระดาษ

ติดกับแบบฟอร์มติดใบเสร็จรับเงิน

ไม่ต้องใช้กาว

หากมีการแก้ไขใบเสร็จจะได้ไม่ฉีกขาด





## การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เล่มที่ 395

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกิ้ง  
วันที่ 28 เดือน เมษายน  
ได้รับเงินจาก ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาล (โรคความดันโลหิตสูง)	360/-
	7
รวมบาท	360

จำนวนเงิน  
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

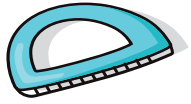
- ล้ำม ช้อย นก สิบปากกั๋ว  
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน  
ตำแหน่ง (นางสาวเบญจวรรณ ทรัพย์คง)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ตราประทับ: องค์การบริหารส่วนจังหวัดบุรีรัมย์

ใบเสร็จ ค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ ไม่ต้อง  
ระบุอัตราค่าบริการสาธารณสุข  
แล้วใช้ลวดเย็บกระดาษ  
ติดกับแบบฟอร์มติดใบเสร็จรับเงิน  
ไม่ต้องใช้กา  
หากมีการแก้ไขใบเสร็จจะได้ไม่ฉีกขาด





# การเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เลขที่ 399  
**ใบเสร็จรับเงิน**  
 ใบราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อ.โคกสูง จ.บุรีรัมย์  
 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม  
 ได้รับเงินจาก 5

จำนวนเงิน	จำนวนเงิน
จำนวนเงินที่ได้รับจาก...	จำนวนเงิน 500/-
จำนวนเงินที่ได้รับจาก...	จำนวนเงิน 700/-
จำนวนเงินที่ได้รับจาก...	จำนวนเงิน 500/-
จำนวนเงินที่ได้รับจาก...	จำนวนเงิน 500/-

จำนวนเงิน - นำไปจ่ายค่ารักษาพยาบาล - (จำนวนเงิน)  
 ไม่เป็นภาระผูกพันแล้ว  
 ลงชื่อ: [Signature] ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง: [Position]

จำนวนเงินที่ได้รับจาก...  
 ไม่เป็นภาระผูกพันแล้ว  
 ลงชื่อ: [Signature] ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง: [Position]

จำนวนเงินที่ได้รับจาก...  
 ไม่เป็นภาระผูกพันแล้ว  
 ลงชื่อ: [Signature] ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง: [Position]

จำนวนเงินที่ได้รับจาก...  
 ไม่เป็นภาระผูกพันแล้ว  
 ลงชื่อ: [Signature] ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง: [Position]

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน... 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อย) บาท  
 ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนดังกล่าวไปจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน  
 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อย) บาท ซึ่งการเบิกจ่ายดังกล่าวเป็นการเบิกจ่ายตามใบแจ้งหนี้  
 เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมด... 5 บาท  
 ลงชื่อ...  
 ตำแหน่ง...

ใบเสร็จรับเงินมีหลายฉบับ  
ให้เย็บติดเรียงกันไว้ ตามเหมาะสม

ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
มีอายุ 1 ปี นับแต่วันที่ออกใบเสร็จรับเงิน



นำส่งไปขอเบิกที่ สพป. โดยแบ่งเป็น ๒ รอบ

ในทุกวันที่ ๕ และ ๒๐ ของเดือน

 ส่งเอกสารครบถ้วน ภายใน วันที่ ๕ ของเดือน

โอนเงินเข้าบัญชี ภายใน วันที่ ๑๖ ของเดือนนั้น

 ส่งเอกสารครบถ้วน ภายใน วันที่ ๒๐ ของเดือน

โอนเงินเข้าบัญชี ภายใน วันสิ้นเดือนของเดือนนั้น

\*\*\*\*หากเอกสารไม่ถูกต้องครบถ้วนจะแจ้งทางกลุ่มไลน์ พัสดุ สพป.ปจ.เขต ๒  
ให้รับเอกสารเพื่อกลับไปแก้ไข\*\*\*\*

วันที่ในการโอนเงินเข้าบัญชีอาจมีการเปลี่ยนแปลง

