



คู่มือการปฏิบัติงาน การเบิกค่ารักษาพยาบาล

กองคลัง อบต.ตาเซะ

คู่มือปฏิบัติงาน: การเบิกค่ารักษาพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลตาเซะ อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

การรักษาพยาบาล หมายถึง การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

๑.๑ มีผู้สิทธิ

(๑) พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้างประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ไม่หมายความรวมถึงพนักงานจ้าง

(๒) ผู้ที่ได้รับบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำนาญข้าราชการท้องถิ่น

(๓) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

๑.๒ บุคคลในครอบครัว

(๑) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิแต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(๒) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(๓) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ฝ่ายการเงิน องค์การบริหารส่วนตำบล ตาเซะ อำเภอเมือง ยะลาจังหวัดยะลา โทรศัพท์ ๐๗๓-๓๗๐๐๔๗ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๔๐ นาที

ที่	ประเภทขั้นตอน	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน และดำเนิน เรื่องในระบบ	๒๐ นาที	กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบล ตาเซะ อำเภอเมืองยะลาจังหวัดยะลา
๒)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย และเสนอขออนุมัติ ใบสำคัญ	๑๐ นาที	กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบล ตาเซะ อำเภอเมืองยะลาจังหวัดยะลา
๓)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ แจ้งผลการพิจารณาวินิจฉัยและจ่ายให้ผู้ยื่น	๑๐ นาที	กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบล ตาเซะ อำเภอเมืองยะลา

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการ ปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(พร้อมลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
๒)	แบบใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ พนักงานส่วนท้องถิ่น	กรมการ ปกครอง	๑	๐	ฉบับ	แบบ ร.บ.๓
๓	ใบเสร็จรับเงิน ค่ารักษาพยาบาล	-	๑	๐	ฉบับ	-
๔	หนังสือรับรอง กรณีจำเป็นต้อง ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	-	๑	๐	ฉบับ	-

ค่าธรรมเนียม

ที่	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)
๑)	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม ๐ บาท

ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลตาเซะอำเภอเมืองยะลาจังหวัดยะลา

หมู่ที่ ๒ องค์การบริหารส่วนตำบลตาเซะ อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

โทร ๐๙๓-๓๗๐๐๔๗/ เว็บไซต์ www.taze.go.th)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

คู่มือการกรอกเอกสาร

หมายเหตุ

-

แบบฟอร์ม ร.บ.๓

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

() ข้าพเจ้า..... () คู่สมรส ชื่อ.....

() บิดา ชื่อ..... (/) มารดา ชื่อ.....

() บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

() ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)

() เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

() เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....

เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางราชการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น

() เต็มจำนวน () ไม่เต็มจำนวน () เฉพาะส่วนที่ขาด (ค)
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า () ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

() มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

() เป็นผู้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ () ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า () เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

() เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

(ง) () เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ข้าพเจ้า () ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

() มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า () ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

(จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) ...ของข้าพเจ้า

- (ง) ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน
และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท
- (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ฉ)

เสนอ นายกองคํการบริหรส่วนตํบลนําแหม

ข้าพเจ้า.....

ตําหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว
ขอรับรองว่าผู้เบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตําหน่ง.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตําหน่ง.....

วันที่.....

6. ใบรับเงิน

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

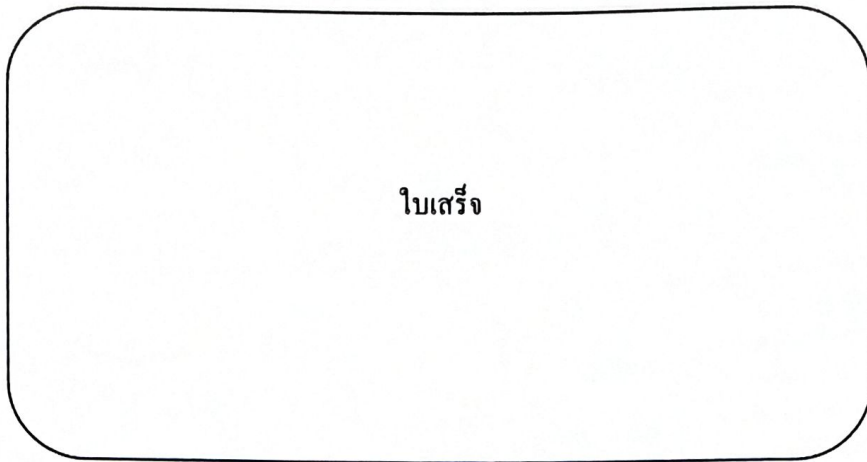
(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- (ก) ถ้าเป็นผู้ที่รับบำนาญให้เขียนคำว่า ผู้รับบำนาญ แล้วแต่กรณี
- (ข) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- (ค) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอาศัยอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
- (ง) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- (จ) ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- (ฉ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



ใบเสร็จ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าได้
ทตรงจ่ายเงินตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ เป็นเงิน.....บาท
(.....) จริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....