



คู่มือหรือแนวทางการให้บริการ สำหรับผู้รับบริการ การขอเบิกเงินสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล และการศึกษาของบุตร

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครสวรรค์ เขต 2
NSW2
WWW.NSW2.GO.TH

“ไม่มีค่าธรรมเนียม”

1 ผู้มีสิทธิกรอกข้อมูลเอกสาร และส่งใบเบิกเงินสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131) หรือค่าการศึกษาของบุตร (แบบ 7223)

**5
นาที**

2 ตรวจสอบความถูกต้องรายการขอเบิก จำนวนเงิน ลายมือชื่อ เลขที่บัญชี เงินฝากธนาคาร เบอร์โทรศัพท์ และความครบถ้วนของเอกสารเบิกเงิน สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือค่าการศึกษาของ

**8
นาที**

3 ลงทะเบียนคุม ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือ ค่าการศึกษา ของบุตร กรอกข้อมูลชื่อ-สกุล จำนวนเงินที่ขอเบิก

**3
นาที**

4 รวบรวมเอกสารหลักฐานขออนุมัติจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิ ทุก 10 วัน ทำการ โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ ไม่เกิน 5 วัน ทำการ

กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- 1.พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- 2.หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553
- 3.ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับค่าการศึกษาบุตร พ.ศ. 2560
4. หนังสือเวียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ช่องทางให้บริการ

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ ชั้น 2
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครสวรรค์ เขต 2

ผู้ให้บริการ : นางสาวภัทรีพิชา วรรณไพฑูรย์

ติดต่อสอบถาม : 056-271413 ต่อ 3

โทรศัพท์มือถือ : 083-4116319

“การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล”

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ความรู้แก่ผู้มีสิทธิ หรือเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ผู้มีสิทธิ :

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และบุคคลในครอบครัว (คู่สมรส บุตร บิดา มารดา)

ประเภทการเบิก :

1. ผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยใน
3. ค่าตรวจสุขภาพประจำปี
4. ค่าทันตกรรม
5. ค่าคลอดบุตร ฯลฯ

ขั้นตอนการเบิก :

1. ผู้มีสิทธิกรอกข้อมูลแบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
2. ผู้มีสิทธิแนบเอกสารประกอบการเบิก เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์
3. ผู้มีสิทธิยื่นใบเบิกเงินพร้อมเอกสาร ณ กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สพ.นครสวรรค์ เขต 2
4. เจ้าหน้าที่กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ ตรวจสอบเอกสาร และเสนอขออนุมัติการเบิกจ่าย
5. ผู้มีสิทธิรับโอนเงินค่ารักษาพยาบาลเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

การเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ความรู้แก่ผู้มีสิทธิ หรือเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ผู้มีสิทธิ :

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ (บุตรของผู้มีสิทธิ)

ประเภทการเบิก :

1. เงินบำรุงการศึกษาของสถานศึกษาราชการ
2. เงินค่าเล่าเรียนของสถานศึกษาเอกชน

ขั้นตอนการเบิก :

1. ผู้มีสิทธิกรอกข้อมูลแบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร (แบบ 7223)
2. ผู้มีสิทธิแนบเอกสารประกอบการเบิก เช่น ใบเสร็จรับเงิน ประกาศที่เกี่ยวข้องของสถานศึกษา
3. ผู้มีสิทธิยื่นใบเบิกเงินพร้อมเอกสาร ณ กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ สพป.นครสวรรค์ เขต 2
4. เจ้าหน้าที่กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ ตรวจสอบเอกสาร และเสนอขออนุมัติการเบิกจ่าย
5. ผู้มีสิทธิรับโอนเงินค่าการศึกษาบุตรเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

รายละเอียดเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ
เบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และค่าการศึกษาบุตร

กรณีเบิกให้บิดา

1. แบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
3. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
4. สำเนาทะเบียนสมรส/สำเนาทะเบียนหย่าของบิดา กับมารดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร (คร.11)
5. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีเบิกให้มารดา

1. แบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
3. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
4. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีเบิกให้คู่สมรส

1. แบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
3. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เบิก
4. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
5. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีบิดาเบิกให้บุตร

1. แบบเบิกเงินสวัสดิการ (แบบ 7131) หรือ (แบบ 7223) แล้วแต่กรณี
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
3. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
4. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เบิก หรือ สำเนาทะเบียนหย่าของผู้เบิก
5. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีมารดาเบิกให้บุตร

1. แบบเบิกเงินสวัสดิการ (แบบ 7131) หรือ (แบบ 7223) แล้วแต่กรณี
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
3. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
4. หากคู่สมรสเป็นข้าราชการ ฝ่ายมารดาประสงค์จะเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกแต่เพียงฝ่ายเดียว ให้แนบหนังสือแจ้งการใช้สิทธิ (แบบ 7133) ประกอบการเบิกทุกครั้งด้วย
5. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
โทรศัพท์.....เข้าบัญชีธนาคาร.....หมายเลข.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ ตนเอง
- ☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

กรณีเบิกให้บุตรระบุคู่สมรสชื่อ.....☐เป็นข้าราชการ☐ไม่เป็นข้าราชการ

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

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

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2).....ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวน
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงินสวัสดิการ

(.....)

คำชี้แจง

- ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราช
กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อๆ ได้รับค่ารักษาพยาบาลตาม
สัญญาประกันภัย
- ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หมายเหตุ ระบุหมายเลขโทรศัพท์ผู้ขอเบิกเงินสวัสดิการ.....

ที่ติดใบเสร็จรับเงินสวัสดิการ

ตามใบเสร็จรับเงินข้างบนนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกเพียง.....บาท
(.....) ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว

ตรวจ

.....
เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
ตำแหน่ง.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด..... โทรศัพท์.....เข้าบัญชีธนาคาร.....หมายเลข.....
2.	คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... ☐ ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ☐ เป็นข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง.....สังกัด.....
3.	ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก ☐ เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย ☐ เป็นมารดา
4.	ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) ☐ (2) ☐ จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) ☐ (2) ☐ จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชั้นที่ศึกษา..... (1) ☐

(2) ☐ จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท

(.....)

ก

6. เสนอ

ข

☐ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

☐ บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

☐ คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร

องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ

จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

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

คำชี้แจง

ก

ให้ระบุการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบเท่ากับสิทธิที่ได้รับตามพระราชฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ (กรณีข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนให้เสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียน)

ที่ติดใบเสร็จรับเงินสวัสดิการ

ตามใบเสร็จรับเงินข้างบนนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกเพียง.....บาท
(.....) ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว

ตรวจ

.....
เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
ตำแหน่ง.....