



ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมบัญชีกลาง กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โทร.0 2298 6086

ที่ กค 0417/ 1238 วันที่ 10 มิถุนายน 2548

เรื่อง การเบิกค่ารักษายาบาลของผู้รับบำนาญ

เรียน คล้งเขตและคล้งจังหวัด

ตามที่ได้แจ้งให้ทราบถึงวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของผู้รับบำนาญ สังกัดกรมไปรษณีย์โทรเลข(เดิม) ตามบันทึกข้อความ ที่ กค 0417 /ว 138 ลงวันที่ 5 เมษายน 2548 และบริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด ได้มีบันทึกข้อความ ด่วนที่สุด ที่ ปณท.รป.(รณ.1)/925 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2548 เพื่อแจ้งไปรษณีย์จังหวัดทั่วประเทศให้ทราบถึงวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกเงินสวัสดิการและการรับรองสิทธิค่ารักษายาบาล รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาทำยนี้ นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า ขณะนี้ยังมีผู้รับบำนาญ สังกัดกรมไปรษณีย์โทรเลข(เดิม) จำนวนมากที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลได้ เนื่องจากไปรษณีย์จังหวัดบางแห่งยังไม่เข้าใจถึงวิธีการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ผู้รับบำนาญได้รับความเดือดร้อน เพราะมีค่ารักษายาบาลค้างเบิกตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 ดังนั้น จึงขอให้ช่วยประสานกับไปรษณีย์จังหวัดเพื่อเร่งรัดการเบิกค่ารักษายาบาลที่ยังค้างเบิกให้แล้วเสร็จภายใน เดือน มิถุนายน 2548 ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการและแจ้งผลการดำเนินการของไปรษณีย์จังหวัดให้ทราบด้วย

(นายสมภพ บัณฑวิพากษ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมบัญชีกลาง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมบัญชีกลาง กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โทร.0 2298 6087

ที่ กค 0417/ 138 วันที่ 5 เมษายน 2548

เรื่อง การเบิกค่ารักษายาบาลของข้าราชการบำนาญ

เรียน คลังเขตและคลังจังหวัด

ด้วยกระทรวงคมนาคมแจ้งว่า ขณะนี้บริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด ซึ่งให้ความร่วมมือในการเบิกจ่ายเงินบำนาญของผู้รับบำนาญ สังกัดกรมไปรษณีย์โทรเลข(เดิม) ที่โอนมาเป็นพนักงานการสื่อสารแห่งประเทศไทยและได้จดทะเบียนเป็นบริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด มีปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของผู้รับบำนาญ เมื่อมีการใช้ระบบ GFMS

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนดังนี้

1. เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2548 ได้จัดให้มีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้แทนบริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม และผู้แทนกรมบัญชีกลาง เพื่อร่วมกันพิจารณาหาแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลและบำเหน็จตกทอดของข้าราชการบำนาญสังกัดกรมไปรษณีย์โทรเลข(เดิม)

2. เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จึงขอความร่วมมือให้

1) บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ดำเนินการ ดังนี้

1.1 แจ้งให้ไปรษณีย์ในแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยที่รับแบบคำขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล แล้วให้ส่งเอกสารดังกล่าวมาที่สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม ในระยะเวลา 1 เดือน ต่อ 1 ครั้ง และให้มีหน้าที่เป็นผู้รับรองสิทธิในคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิ พร้อมทั้ง แจ้งเลขที่บัญชีธนาคารออมสินของผู้รับบำนาญให้สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคมทราบ เพื่อทำการโอนเงินค่ารักษายาบาลให้และเมื่อสำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคมได้โอนเงินให้แล้วจะสำเนาแจ้งให้ทราบ

1.2 เรื่องของบำเหน็จตกทอด ให้มีการดำเนินการตามเดิมก่อน

2) สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม ดำเนินการโดย รวบรวมแบบคำขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลและหรือคำขอเบิกเงินบำเหน็จตกทอดที่ส่งจากไปรษณีย์ในแต่ละจังหวัด แล้วดำเนินการส่งคำขอเบิกเงินค่ารักษายาบาลและหรือคำขอเบิกเงินบำเหน็จตกทอดผ่านระบบGFMS และเมื่อกรมบัญชีกลางจ่ายเงินเข้าบัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคมแล้ว ให้สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคมจ่ายเงินเข้าบัญชีของผู้รับบำนาญต่อไป และสำเนาแจ้งให้บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ทราบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายสมภพ บัณฑิตวิพากษ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ด้านที่สุด บันทึกข้อความ

หน่วยงาน บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ส่วนระบบบริการไปรษณีย์ โทร 0-2831-3224-5, 0-2753-8310
ที่ ปณท รป.(รฝ.1) 925 วันที่ 4 พฤษภาคม 2548
เรื่อง การเบิกเงินสวัสดิการและการรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการป่านาญ(ผู้รับป่านาญ)

เรียน จรป. จกป. จบร. จตป. จบง. จกบ. จตธ. จกค. จพป. จปค. จลศ. จปน.(น) จปน.(ต) จปง. 1-10, จคน.
หน.ศป. หน.ศฝ. หน.ศพ. หน.ศจ. หน.ปฉ.จังหวัด

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายในการปรับเปลี่ยนและปฏิรูประบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ
เข้าสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์(GFMIS) โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน
และการจัดการภาครัฐ ด้านการงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง การเบิกจ่ายงบประมาณและการบริหารทรัพยากร
บุคคล นั้น

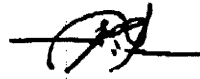
เนื่องจากในการนำระบบ GFMIS มาใช้สำหรับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการของผู้รับป่านาญ
จะต้องใช้วิธีการโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับป่านาญ ทำให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการของผู้รับป่านาญที่
ติดต่อเบิกจ่ายอยู่กับ ปณ.จังหวัดต่าง ๆ ไม่สามารถดำเนินการตั้งฎีกาเบิกจ่ายกับสำนักงานคลังจังหวัดได้อีกต่อไป
อย่างไรก็ดีในระหว่างที่ ปณ.จังหวัด ไม่สามารถตั้งฎีกาขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการกับสำนักงาน
คลังจังหวัดเพื่อจ่ายให้กับผู้รับป่านาญได้นั้น เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้รับป่านาญที่ยังไม่สามารถเบิก
เงินสวัสดิการได้ในขณะนี้ กระทรวงคมนาคมและกรมบัญชีกลางจึงได้ขอความร่วมมือ ปณท ดำเนินการ ดังนี้

1. รับคำขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการของผู้รับป่านาญ(แบบ 7105)
 2. ให้ที่ทำการเป็นผู้รับรองสิทธิในหนังสือเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน
 3. รับคำขอเบิกเงินป่านาญหนึ่งจตทออกจากทายาท(กรณีผู้รับป่านาญเสียชีวิต)
 4. ติดต่อกับผู้รับป่านาญเพื่อกรอกแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับป่านาญ/จังหวัด/ป่านาญ
- ทั้งนี้ การขอความร่วมมือดังกล่าวเป็นการดำเนินการชั่วคราว เมื่อกระทรวงคมนาคม

หาหน่วยงานอื่นมารับผิดชอบแทน ปณ.จังหวัด ได้แล้ว การดำเนินการก็จะยุติลง

ปณท เห็นควรให้ความร่วมมือกับกระทรวงคมนาคมและกรมบัญชีกลางตามที่ขอความร่วมมือ
มาข้างต้น จึงได้จัดทำรายละเอียดและวิธีปฏิบัติของ ปณ. ในการดำเนินการตามข้อ 1-4 มาตามเอกสารแนบท้าย
บันทึกนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และถือปฏิบัติต่อไป



(นายวิชิตพงษ์ โมฬีชาติ)
รอป.(ป) ทำการแทน กจป

เอกสารแนบท้ายบันทึกที่ ปตท.รป.(รฟ.1)923จ. 4 พ.ศ. 2548

วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการและการรับรองสิทธิคำรักษาพยาบาล

ลำดับ	เรื่อง	ผู้รับอำนาจ/หาหาปฏิบัติ	เจ้าหน้าที่ ปณ.จังหวัดปฏิบัติ
1.	การรับคำขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการของผู้รับอำนาจ(แบบ 7105)	<ol style="list-style-type: none"> กรอกคำขอ แบบ 7105 ในส่วนที่ 1 - 3 พร้อมลงชื่อผู้ขอรับเงินสวัสดิการในส่วนที่ 3 แนบหลักฐาน <ol style="list-style-type: none"> ใบเสร็จรับเงิน (คำรักษาพยาบาล หรือค่าเล่าเรียนแต่ละกรณี) หน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่มีชื่อเจ้าของบัญชีและเลขที่บัญชี หมายเหตุ กรณีเบิกของคู่สมรสหรือบุตรจะต้องแนบทะเบียนสมรสและสำเนาทะเบียนบ้าน ด้วย กรอกแบบ สปง.1 ยื่นเอกสารตาม 1-3 ให้เจ้าหน้าที่ ปณ.ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป <p>อนึ่ง การเบิกจ่ายแต่ละครั้ง ผู้รับอำนาจจะต้องจัดทำและส่งหลักฐานตามข้อ 1-3 ทุกครั้ง</p>	<ol style="list-style-type: none"> รับแบบ 7105 มาตรวจ สอบรายละเอียดตามที่กรอกและหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน กรอกแบบ 7105 ในส่วนที่ 4 คำรับรองของผู้บังคับบัญชาพร้อมลงลายมือชื่อ ตรวจสอบแบบ สปง.1 พร้อมลงชื่อในฐานชื่อยานในแบบ สปง.1 จำนวน 2 คน นำเอกสารตาม 1-3 บรรทุกส่งเจ้าหน้าที่สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม 38 ถนนราชดำเนินนอก แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100 โดยส่งในสุรภิก ปตท.ทางบริการไปรษณีย์รับรอง <p>หมายเหตุ เนื่องจากสำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม จะทำการเบิกจ่ายเงินให้เดือนละ 1 ครั้ง โดยเอกสารตาม 4 จะต้องส่งถึงสำนักงานปลัดฯ ภายในวันที่ 12 ของเดือน จึงขอให้ ปณ. ใช้ดุลยพินิจในการส่งเอกสารโดยพิจารณาจากกำหนดเวลาเบิกจ่ายดังกล่าว</p>
2.	การรับรองสิทธิในหนังสือเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน	<ol style="list-style-type: none"> กรอกคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินคำรักษาพยาบาล พร้อมลงชื่อในช่องที่กำหนด แนบหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีภรรยาและบุตร) ยื่นแบบคำขอตามข้อ 1 และหลักฐานตามข้อ 2 ให้ ปณ. ดำเนินการต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> รับแบบคำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินคำรักษาพยาบาลตรวจสอบรายละเอียดที่กรอกและหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน ให้ หน.ปณ. ลงชื่อรับรองในแบบคำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินคำรักษาพยาบาลตามข้อ 1 ในช่องที่กำหนด มอบแบบคำขอตามข้อ 2 ให้ผู้ขอถือไปยื่นกับโรงพยาบาล

3.	การขอรับเงินบำเหน็จตกทอดจากทายาท(กรณีผู้รับบำนาญเสียชีวิต)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ทายาทที่ชอบด้วยกฎหมายกรอกแบบคำขอรับเงินบำเหน็จตกทอดพร้อมลงลายมือชื่อ 2. แนบหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> - ใบมรณะบัตรที่ทางการออกให้ - ทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต - ทะเบียนสมรส(กรณีผู้ตายมีคู่สมรส) - บัตรประชาชนของผู้ขอรับบำเหน็จที่มีสิทธิได้รับตามกฎหมาย 3. ยื่นแบบตามข้อ 1 และหลักฐานตามข้อ 2 ให้ ปณ.ดำเนินการต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับแบบคำขอรับเงินบำเหน็จตกทอดมาตรวจสอรายละเอียดที่กรอกกับหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน 2. ลงชื่อในแบบคำขอฯตามข้อ 1 ของที่กำหนดแล้วนำแบบคำขอฯ พร้อมหลักฐานบรรจุซองจำหน่ายส่งให้สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม 38 ถนนราชดำเนินนอก แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบศัตรูพ่ายกรุงเทพฯ 10100 โดยส่งในธุรกิจ ปณท ทางไปรษณีย์รับรอง <p>หมายเหตุ ก่อนจัดส่งต้องตรวจสอบและแนบหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วนเพราะถ้าขาดหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง สำนักงานปลัดฯ จะส่งเรื่องคืน ปณ. ให้ส่งเพิ่มเติมให้ครบ</p>
4.	การกรอกแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อได้รับติดต่อจากเจ้าหน้าที่ ปณ. เพื่อขอข้อมูลประวัติส่วนตัว ให้กรอกข้อมูลประวัติส่วนตัวในแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญให้ครบถ้วน 2. ยื่นแบบแสดงประวัติส่วนตัวตามข้อ 1 ให้เจ้าหน้าที่ ปณ.ดำเนินการต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งกับผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญที่ติดต่อ ปณ. รับผิดชอบกรอกแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญให้ครบถ้วนถูกต้อง 2. รวบรวมแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญตามข้อ 2 จำนวนส่งให้ กรมบัญชีกลาง อ.พระราม 6 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โดยส่งในธุรกิจ ปณท ทางไปรษณีย์รับรอง

หมายเหตุ 1. แบบพิมพ์ที่เกี่ยวข้องได้แนบมาพร้อมนี้แล้ว

2. ปณ.อาจประสานกับสำนักงานคลังจังหวัดขอเบิกมาสำรองไว้ ณ ที่ทำการเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบำนาญ หรือจะแจ้งให้ผู้รับบำนาญไปขอจากสำนักงานคลังจังหวัดเอง

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แบบ 7106

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายกำกับที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า

บิดา ชื่อ..... คู่สมรส ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

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

..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากนอกจากนี้ โดยมิได้หย่าจากตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....

เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

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

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามกฤษฎีกา เฉพาะส่วนที่ส่งมาจากสิทธิ

เป็นเงิน..... บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรคนเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... จังหวัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง..... จังหวัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่..... เดือน..... ปี.....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/></p> <p>..... ชื่อ ตำแหน่ง ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>
--	--

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....
 (.....) ไม่ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
 (.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
 (.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก. ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีชีพให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีชีพไว้ แล้วแต่กรณี
- ข. กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่มีบุตรไว้ความสามารรถหรือ เสียนไว้ความสามารถให้แนบค่านำกำลังคานาค่าว
- ค. ให้มีสำเนาของตัวจริงหรือสำเนาที่ถูกต้อง และยังมีขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หรือทำเครื่องหมาย

1. เลขที่ ผอ.ค.

ข้าพเจ้า เลขที่ประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□

ตำแหน่ง อำเภอ จังหวัด

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษามะเร็งของ

- ข้าพเจ้า อายุ ปี
- คู่สมรส ชื่อ อายุ ปี
- บิดา ชื่อ อายุ ปี
- มารดา ชื่อ อายุ ปี
- บุตร ชื่อ อายุ ปี

เกิดเมื่อ
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- เป็นบุตรให้ความสามารถหรือเสมือนให้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□ หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว / เลขที่
หนังสือเดินทาง และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล
ที่ อำเภอ จังหวัด

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามข้อนี้
(ลงชื่อ)
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

2. เลขที่ ท่าน ปกค.

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าในฐานะผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ตามข้อนี้ สามารถขอหนังสือรับรองได้

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

หมายเหตุ 1. เลขที่อยู่บังคับบัญชาหรือผู้ปกครองเป็นบิดาหรือมารดา
2. เลขที่อยู่อำเภอออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่ กก 0203/

กระทรวงคมนาคม

ถนนราชดำเนินนอก กทม. 10100

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน

ด้วย

แจ้งว่า

เลขที่ประจำตัวประชาชน - หรือเลขที่บัตรประจำตัว

คนต่างด้าวเลขที่ของหนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี ซึ่งเป็น

ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยภายใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า

เลขที่ประจำตัวประชาชน

- อายุ.....ปี ตำแหน่ง

สังกัดกรม.....รหัสหน่วยงาน.....

กระทรวง.....ส่วนราชการที่ไม่สังกัดกระทรวง กรม.....

รหัสหน่วยงาน.....จังหวัด.....ซึ่งเป็น

ของผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด

- วางฎีกาขอเบิกเงินจาก.....
- ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7102) ไปเพื่อเบิกเงินชำระหนี้ให้

ต่อไปด้วย จะขอขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุวรรณา กล้าอภัยพิตร)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงคมนาคม

สำนักงานปลัดกระทรวง

กองคลัง

โทร. 0-2281-4066

(แบบ ธพ.1)

แบบนขังรายการเพื่อการจำหน่ายหรือป่านาตุปกติสำหรับข้าราชการตามโครงการจ้างตรงและกรีกดคหณ์

วันเดือนปี ที่แจ้งรายการ

ส่วนราชการที่สังกัดสุดท้าว

ผู้รับบำเหน็จบำนาญ ชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขประจำตัวประชาชน

Grid boxes for ID and tax numbers

บัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ของผู้รับบำเหน็จบำนาญ เลขที่

ธนาคาร สาขา

รายการลดหย่อนภาษี

- 1. ฐานการสมรส 2. จำนวนบุตร 3. รวมลดหย่อนบุตร 4. เบี้ยประกันชีวิตที่จ่ายภายในปีภาษี 5. ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมเพื่อซื้อ เฟอร์นิเจอร์หรือครุภัณฑ์อยู่อาศัย

ให้แนบ

- สำเนาทะเบียนบ้าน หน้าที่มีชื่อผู้รับบำเหน็จบำนาญปกติ
สำเนาทะมุดคู่ฝากเงินประเภทออมทรัพย์ หน้าที่มีชื่อและเลขที่บัญชีเงินฝาก
สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษีของผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ขอรับรองว่ารายการที่แนบไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้รับบำเหน็จบำนาญ

(ทนาย)

(ทนาย)

แบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

ข้อมูลบุตร (ต่อ)

รคนที่ 4. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ผู้รับเบี้ยหวัด <input type="checkbox"/> ผู้รับบำนาญ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
รคนที่ 5. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ผู้รับเบี้ยหวัด <input type="checkbox"/> ผู้รับบำนาญ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
รคนที่ 6. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ผู้รับเบี้ยหวัด <input type="checkbox"/> ผู้รับบำนาญ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
รคนที่ 7. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ผู้รับเบี้ยหวัด <input type="checkbox"/> ผู้รับบำนาญ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
รคนที่ 8. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ผู้รับเบี้ยหวัด <input type="checkbox"/> ผู้รับบำนาญ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
รคนที่ 9. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ผู้รับเบี้ยหวัด <input type="checkbox"/> ผู้รับบำนาญ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อมูลบุตรให้ครบตามจำนวนบุตรที่มี



ที่ กค 0417/ (ว) 200

กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

๒๔ พฤษภาคม 2548

เรื่อง การเบิกเงินสวัสดิการและการรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรมไปรษณีย์โทรเลข(เดิม)
เรียน หัวหน้าที่ทำการไปรษณีย์จังหวัด
อ้างถึง หนังสือบันทึกข้อความบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ด่วนที่สุดที่ ปณท.รป.(รพ.1)925 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2548
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ จำนวน 50 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ให้ความร่วมมือกับกระทรวงคมนาคมและกรมบัญชีกลาง กรณีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรมไปรษณีย์โทรเลข(เดิม) นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการและการรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตามเอกสารแนบท้ายหนังสือที่อ้างถึง มีกรณีที่ต้องขอความร่วมมือเพิ่มเติม ดังนี้

1. การรับรองสิทธิในหนังสือเข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยใน ในลำดับที่ 2 ให้ระบุผู้รับบำนาญ สังกัดกรม "สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม" รหัสหน่วยงาน "08002"

2. การกรอกแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ในลำดับที่ 4 ขอให้ผู้รับบำนาญกรอกแบบแสดงประวัติฯ ตามสิ่งที่ส่งด้วย และโปรด

2.1 รวบรวมแบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญที่มีการกรอกแล้ว และ

2.2 สรุปรายชื่อผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ทั้งหมดภายในจังหวัด พร้อมแจ้งจำนวนที่มีการกรอกข้อมูล และจำนวนที่ไม่สามารถติดต่อได้

โดยขอให้ส่งมายังกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง สิ้นเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จักขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมภพ บัณฑิตวิพากษ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

โทร. 0-2273-9024 ต่อ 4441,4437