

## แบบฟอร์มการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ

## กองทุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. ข้าพเจ้า

เลขที่ประจำตำแหน่ง

พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง พนักงานปฏิบัติงาน

สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า  เลขที่ประจำตัวประชาชน 

เกิดเมื่อ

ป่วยเป็นโรค ตรวจสุขภาพประจำปี

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ( / ) ทางราชการ ( ) เอกชน ตั้งแต่วันที่ 25/05/2560 ถึงวันที่ 25/05/2560

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 100.00 บาท ( หนึ่งร้อยบาทถ้วน )

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน 1 ฉบับ ใบเสร็จรับเงินเลขที่ รด.60-318787

3. ข้าพเจ้า ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้จากกองทุนประกันสังคม หรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิอื่นของทางราชการหรือหน่วยงานอื่นของรัฐในลักษณะเดียวกัน ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกได้ตามสิทธิข้าราชการ และตามที่กำหนดไว้ในข้อกำหนดของมหาวิทยาลัย ดังนี้

(1) เบิกให้แก่ข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้า เป็น

( ) พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการและรับบำเหน็จ หรือพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากลูกจ้างประจำ ซึ่ง ( ) มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในข้อ 13 และข้อ 14 แห่งข้อบังคับว่าด้วยสิทธิและสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2553 ประกอบกับข้อ 5 (1) และ (2) แห่งระเบียบกองทุนสวัสดิการว่าด้วยการเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าสงเคราะห์ศพ ค่าเช่าบ้าน และค่าเล่าเรียนบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยประเภทประจำ พ.ศ. 2556 เฉพาะส่วนที่ขาดจากสิทธิที่เคยได้รับขณะดำรงตำแหน่งเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือเฉพาะส่วนเกินที่ไม่สามารถใช้สิทธิเบิกจากกองทุนประกันสังคมเป็นเงิน.....บาท (.....บาท)

( / ) พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากพนักงานมหาวิทยาลัยตาม พ.ร.บ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2530 และพนักงานมหาวิทยาลัยที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2551 ซึ่ง ( / ) มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในข้อ 13 และข้อ 14 แห่งข้อบังคับว่าด้วยสิทธิและสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2553 ประกอบกับข้อ 5 (1) และ (2) แห่งระเบียบกองทุนสวัสดิการ ว่าด้วยการเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าสงเคราะห์ศพ ค่าเช่าบ้าน และค่าเล่าเรียนบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยประเภทประจำ พ.ศ. 2556 เฉพาะส่วนเกินที่ไม่สามารถใช้สิทธิเบิกจากกองทุนประกันสังคมเป็นเงิน 100.00 บาท ( หนึ่งร้อยบาทถ้วน )

รายละเอียดบัญชี ธนาคาร ธนาคาร

สาขา

ชื่อบัญชี

เลขที่

บัญชี

ลงชื่อ

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ 25/05/2560

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย น.ศ.

อายุ 32 ปี

ผู้จ่าย ผู้ป่วยทั่วไป

รับการรักษาวันที่ 25 พค. 2560

เวลา 00:50

ที่ห้องตรวจ ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ(ตรวจสุขภาพ...)

รายการ

จำนวน

จำนวนเงิน

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิ(L1)

100.00

CBC (Central Lab)(30101)

1

10.00 ✓

1047

Urinalysis (UA)(ตรวจสุขภาพปัสสาวะ)(31001)

1

50.00 ✓

105

Stool Exam (Central Lab)(31201)

1

40.00 ✓

รวม

\*\*หนึ่งร้อยบาทถ้วน\*\*

100.00

เอกสารนี้ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงินนำไปเบิกเงินไม่ได้

ลงชื่อ.....

(อัจฉิพร แก้ววิมล)

เจ้าหน้าที่

รายการขอใช้สิทธิเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี

HN :

(สำหรับประกอบการขอเบิก ให้แนบในแบบฟอร์มการขอเบิกด้วยทุกครั้ง)

| รายการตรวจสุขภาพประจำปีของทางราชการ<br>(ใช้สำหรับการเปรียบเทียบกับของ สปส.)                           | อัตราการเบิกของข้าราชการ |   | อัตราการเบิกจากสำนักงานประกันสังคม                            |  | หมายเหตุ |
|---|--------------------------|---|---|--|----------|
|   | ไม่เกิน<br>(บาท/ปี)      | เงินที่ขอเบิก<br>จากกองทุน<br>ในครั้ง (บาท) | ไม่เกิน<br>(บาท/ปี - หมายเหตุ)                                | เงินที่เคยเบิก<br>จาก สปส.<br>ไปแล้ว (บาท) |          |
| <b>1.1 Chest X-rays (เอกซเรย์ทรวงอก)</b>  |                          |   |   |  |          |
| - Film Chest (รหัส 41001) (ยกเลิกรหัส ตาม ว.362)  | 170                      | 0   | 200 (เบิกได้ครั้งเดียว)                                       | 0  |          |
| - Mass Chest (รหัส 41301) (ยกเลิกรหัส ตาม ว.362)  | 50                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| <b>1.2 Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)</b>  | 50                       | 50  | 50 (ต้องมีอายุ ≥ 55 ปี)                                       | 0  |          |
| <b>1.3 Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201)</b><br>ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203) | 70                       | 40  | ไม่ได้รับ   |  |          |
| <b>1.4 Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)</b>                                      | 90                       | -   | 80 (อายุ ≥ 55 ปี)   | 0  |          |
|   |                          | 10  | 80 (อายุ 18-54 ปี เบิกได้ครั้งเดียว)                          |  |          |
| <b>1.5 ตรวจมะเร็งปากมดลูก</b>   |                          |   |   |  |          |
| - ตรวจภายใน (รหัส 55620)  | 100                      | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| - Pap Smear (รหัส 38302)  | 100                      | -   | 50 (ต้องอายุ ≥ 55 ปี)   | 0  |          |
|   |                          | -   | 50 (อายุ 30-54 ปี เบิกได้ทุก 3 ปี)                            |  |          |
| <b>2.1 Blood Chemistry</b>  |                          |   |   |  |          |
| - Glucose (รหัส 32203)  | 40                       | -   | 40 (ต้องมีอายุ ≥ 55 ปี)                                       | 0  |          |
|   |                          | -   | 40 (อายุ 35-54 ปี เบิกได้ทุก 3 ปี)                            |  |          |
| - Cholesterol (รหัส 32501)  | 60                       | -   | 200 (เบิกได้ทุก 5 ปี)   | 0  |          |
| - Triglyceride (รหัส 32502)   | 60                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| - Blood Urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)   | 50                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| - Creatinine (รหัส 32202)   | 50                       | -   | 45 (ต้องมีอายุ ≥ 55 ปี)                                       | 0  |          |
| - SGOT (AST) (รหัส 32310)   | 50                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| - SGPT (ALT) (รหัส 32311)   | 50                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| - Alkaline Phosphatase (รหัส 32309)   | 50                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| - Uric Acid (รหัส 32205)  | 60                       | -   | ไม่ได้รับ   |  |          |
| <b>3. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg</b>   | ไม่ได้รับ                |   | 130<br>(สำหรับผู้เกิดก่อนปี 35<br>เท่านั้น เบิกได้ครั้งเดียว) | 0  |          |
| <b>4. เลือดในอุจจาระ FOBT</b>   | ไม่ได้รับ                |   | 30 (ต้องมีอายุ ≥ 50 ปี)                                       | 0  |          |
| <b>รวม</b>  | <b>1,100</b>             | <b>100</b>                                  | <b>665</b>  | <b>0</b>                                   |          |

หมายเหตุ:

- ขั้นตอนการขอเบิก (1) ผู้ขอเบิกไปใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปีกับสถานพยาบาล สปส. (2) นำหลักฐานรายการตรวจมาเทียบกับรายการของทางราชการ (3) กรอกจำนวนเงินที่เบิกหรือเคยเบิกจาก สปส. ไปก่อนแล้ว (4) กรอกจำนวนเงินที่จะขอเบิกจากกองทุนในครั้ง (ไม่เกินอัตราราชการ) (4) นำรายการขอสิทธิเบีกนี้แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มการขอเบิกคำรักษาพยาบาลด้วยทุกครั้ง
- การเบิกรายการที่ 1.1-1.5 สำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี และรายการที่ 1.1-2.1 สำหรับผู้มีอายุเกิน 35 ปี

|  |   |
|--|---|
| ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง<br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> (.....)<br>(ผู้ขอเบิก) | ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง<br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> (.....)<br>(เจ้าหน้าที่การเงินของผู้ขอเบิก) |
|--|---|