

## รายการขอใช้สิทธิเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี

(สำหรับประกอบการขอเบิก ให้แนบพร้อมแบบฟอร์มการขอเบิกด้วยทุกครั้ง)

รายการตรวจสุขภาพประจำปีของทางราชการ (ใช้สำหรับการเปรียบเทียบกับของ สปส.)	อัตราการเบิกของข้าราชการ		อัตราการเบิกจากสำนักงานประกันสังคม		หมายเหตุ
	ไม่เกิน (บาท/ปี)	จน.เงินที่ขอเบิก จากกองทุน ในครั้ง (บาท)	ไม่เกิน (บาท/ปี - หมายเหตุ)	จน.เงินที่เคยเบิก จาก สปส. ไปแล้ว (บาท)	
<b>1.1 Chest X-ray (เอกซเรย์ทรวงอก ตาม ว.362)</b>					
- Film Chest (รหัส 41001) (เอกซเรย์ทรวงอก ตาม ว.362)	170		200 (เบิกได้ครั้งเดียว)		
- Mass Chest (รหัส 41301) (เอกซเรย์ทรวงอก ตาม ว.362)	50		ไม่ได้รับ		
<b>1.2 Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)</b>	50		50 (ต้องมีอายุ ≥ 55 ปี)		
<b>1.3 Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)</b>	70		ไม่ได้รับ		
<b>1.4 Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)</b>	90		80 (อายุ ≥ 55 ปี) 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) 50 (อายุ 30-54 ปี เบิกได้ทุก 3 ปี)		
<b>2.1 Blood Chemistry</b>					
- Glucose (รหัส 32203)	40		40 (ต้องมีอายุ ≥ 55 ปี) 40 (อายุ 35-54 ปี เบิกได้ทุก 3 ปี)		
- Cholesterol (รหัส 32501)	60		200 (เบิกได้ทุก 5 ปี)		
- Triglyceride (รหัส 32502)	60		ไม่ได้รับ		
- Blood Urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)	50		ไม่ได้รับ		
- Creatinine (รหัส 32202)	50		45 (ต้องมีอายุ ≥ 55 ปี)		
- 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 (สำหรับผู้เกิดก่อนปี 35 เท่านั้น เบิกได้ครั้งเดียว)		
<b>4. เลือดในอุจจาระ FOBT</b>	ไม่ได้รับ		30 (ต้องมีอายุ ≥ 50 ปี)		
<b>รวม</b>	<b>1,100</b>		<b>665</b>		

หมายเหตุ:

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

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง ..... (ผู้ขอเบิก) (.....)	ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง ..... (เจ้าหน้าที่การเงินของผู้ขอเบิก) (.....)
---	--