

ด่วนที่สุด

ที่ กค 0417/ ว. 144



กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

๑๗ กันยายน 2548

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ
เรียน

อ้างถึง หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ ว 122 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2548

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ

ตามที่กระทรวงการคลังได้ดำเนินการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ
ให้แก่สถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 และได้ปรับเปลี่ยน
การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 4 โรค เป็นผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง
โดยได้มีการปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้าสู่ระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ
(GFMS) ตามนโยบายรัฐบาล นั้น

กระทรวงการคลัง พิจารณาแล้ว เห็นสมควรกำหนดการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 แห่ง
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กระทรวงการคลัง
จึงกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย เว้นแต่ กรณีการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง
ที่ทำการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ถือปฏิบัติ ตามหนังสือกระทรวงการคลัง
ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ ว 122 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2548

ทั้งนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติ
ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายธานี ธาราน้อย)

รองปลัดกระทรวงการคลัง

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านรายได้

กรมบัญชีกลาง

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

**หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ**

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุคคลในครอบครัว

คำรักษาพยาบาล หมายถึง คำรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยใช้ได้เฉพาะสถานพยาบาลที่เข้าสู่ระบบการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ และผู้ป่วยเลือกเข้ารับการรักษาเท่านั้น

สถานพยาบาลผู้เบิก หมายถึง สถานพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เว้นแต่ในกรณีสถานพยาบาลที่ให้การรักษาทดแทนใด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง

ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ หมายถึง ข้อมูลผู้มีสิทธิซึ่งประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจสอบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และใช้เพื่อการเบิกจ่ายคำรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิแสดงตนเข้ารับการรักษาพยาบาลเท่านั้น

ขั้นตอนการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

ก. ส่วนราชการเจ้าสังกัด และผู้มีสิทธิ

1. **ผู้มีสิทธิ**

(1.1) ให้ผู้มีสิทธิแสดงตน และตรวจสอบสิทธิจากฐานข้อมูลผู้มีสิทธิของกรมบัญชีกลาง ณ สถานพยาบาล เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งถือเป็นการขอรับรองการมีสิทธิรับเงินคำรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(1.2) ในกรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้มีสิทธิในฐานะข้อมูลผู้มีสิทธิ ณ สถานพยาบาล หรือพบว่า ข้อมูลที่สถานพยาบาลไม่ถูกต้อง ให้ผู้มีสิทธิแสดงตนต่อส่วนราชการเจ้าสังกัด หรือส่วนราชการผู้เบิกแทน เพื่อแสดงเจตนาการกรอกข้อมูลและประวัติของผู้มีสิทธิ ในแบบฟอร์มตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด (เอกสารแนบ 1 ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 1/1 และส่วนที่ 2)

2. ส่วนราชการเจ้าสังกัด หรือส่วนราชการผู้เบิกแทนปฏิบัติดังนี้

(2.1) ตรวจสอบสถานะความเป็นผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ ของผู้ที่แสดงตนต่อส่วนราชการ

(2.2) จัดทำ และรวบรวมชุดข้อมูลของผู้มีสิทธิที่ได้รับแจ้งจากผู้มีสิทธิ ตามข้อ (1.2) โดยรับรองความถูกต้อง และจัดส่งให้กรมบัญชีกลางภายใน 7 วันทำการ นับแต่ วันที่ได้รับการแจ้งข้อมูลจากผู้มีสิทธิ

(2.3) จัดทำ และรวบรวมชุดข้อมูลของผู้มีสิทธิในสังกัด หรือที่เบิกแทน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด (เอกสารแนบ 1 ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 1/1 และ ส่วนที่ 2) และจัดส่งให้ กรมบัญชีกลางทราบภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่มิคำสั่ง ให้เป็นผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ

ข. สถานพยาบาลผู้เบิก

1. การตรวจสอบสิทธิ ให้สถานพยาบาลดำเนินการ

(1.1) ตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ หรือบัตรอื่นใดของทางราชการที่ปรากฏเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ให้ถูกต้องตรงกับฐานข้อมูลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ ที่ได้รับการรับรอง จากกรมบัญชีกลางตามระบบโปรแกรมที่กรมบัญชีกลางกำหนด ซึ่งเมื่อมีการ ตรวจสอบแล้วพบข้อมูลตรงตามฐานข้อมูลผู้มีสิทธิให้ถือว่าได้มีการรับรองว่าเป็น ผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยสถานพยาบาลจะได้รับ หมายเลขแทนการส่งตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก จากระบบเบิกจ่ายตรงคำรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญตามที่กรมบัญชีกลาง กำหนด

(1.2) ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของสิทธิ

2. การจัดทำข้อมูล ให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

(2.1) การจัดทำข้อมูลผู้มีสิทธิ

(2.1.1) ให้สถานพยาบาลจัดทำข้อมูลผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยให้มีรายละเอียดตาม (เอกสารแนบ 2)

- (2.1.2) จัดเก็บลายนิ้วมืออิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย (ตัวผู้มีสิทธิ/บุคคลในครอบครัว) และผู้รับยาแทน
- (2.1.3) จัดทำบัตรสมาชิกให้แก่ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของสถานพยาบาล
- (2.2) ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 - (2.2.1) การจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code) เพื่อรับโอน เงินค่ารักษาพยาบาล ในระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) ให้ทำตามแบบฟอร์มที่กรมบัญชีกลางกำหนด (เอกสารแนบ 3)
 - (2.2.2) การจัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
 - (2.2.2.1) กรณีผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลนำหมายเลขที่ได้รับจาก ระบบตามข้อ 1.1 บันทึกลงแทนเลขที่หนังสือรับรองการมีสิทธิ รับเงินค่ารักษาพยาบาลทุกครั้งที่มีสิทธิเข้ารับการรักษ และจัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาล ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลตามโปรแกรมที่กรมบัญชีกลางกำหนด
 - (2.2.2.2) กรณีผู้ป่วยนอก รวมทั้งกรณีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษา ทดแทนไต ให้สถานพยาบาลจัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาล และข้อมูลค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก รักษาต่อเนื่อง
 - (2.2.3) จัดทำหนังสือรับรองกรณีการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้แพทย์ผู้ทำการรักษาของสถานพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัย และออกหนังสือรับรองในกรณีที่ผู้มีสิทธิมีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลจัดเก็บ หนังสือดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบ
 - (2.2.4) คำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาล ให้สถานพยาบาลจัดทำคำขอเบิก สำหรับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน ตามบัญชีสรุปค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้ยืนยัน และรับรองความถูกต้องในแต่ละงวด ตามแบบคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลผู้ป่วยในกรณีการจ่ายตรง (แบบ กสพ. ขบ. 001) (เอกสารแนบ 4) และแบบคำขอเบิกเงินสวัสดิการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกกรณีการจ่ายตรง (แบบ กสพ. ขบ. 002) (เอกสารแนบ 5)

3. **การจัดส่งข้อมูล ให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้**
 - (3.1) การจัดส่งข้อมูลทางบัญชีเพื่อรับโอนเงินจากกรมบัญชีกลางให้ถือปฏิบัติ ตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก รักษาต่อเนื่องโดยอนุโลม
 - (3.2) จัดส่งข้อมูลให้หน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย (สำนักงานกลางสารสนเทศ บริการสุขภาพ (สทส.)) ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้โปรแกรมที่ สทส. กำหนด และให้จัดส่งข้อมูล ดังนี้
 - (3.2.1) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีสิทธิและการลงทะเบียน ตามข้อ (1.2) (2.1)
 - (3.2.2) ข้อมูลการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามข้อ (2.2.2)
4. **การขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลดำเนินการดังนี้**
 - (4.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบ และยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลตามที่ สทส. ได้ตรวจสอบและส่งกลับให้สถานพยาบาล โดยการยืนยัน ความถูกต้องและให้แนบคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลตามข้อ (2.2.4) ทางอิเล็กทรอนิกส์ตามวิธีการที่ สทส. กำหนดภายใน 2 วันทำการ นับแต่ได้รับข้อมูล จาก สทส.
 - (4.2) ให้สถานพยาบาลเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาล แต่ละครั้งไว้คู่กับแบบการโอนเงินค่ารักษายาพยาบาลของผู้ป่วยในกรณีการจ่ายตรง (แบบ กสพ. 001) (เอกสารแนบ 6) และแบบการโอนเงินค่ารักษายาพยาบาล ของผู้ป่วยนอกกรณีการจ่ายตรง (แบบ กสพ. 002) (เอกสารแนบ 7) ที่กรมบัญชีกลางจัดส่งให้ไว้เพื่อใช้ในการตรวจสอบ
 - (4.3) หากสถานพยาบาลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามข้อ (4.1) ภายหลังจาก ระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลแสดงเจตนาขอเบิกเงินในงวดถัดไป
5. **การเก็บรักษาฐานข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิที่ได้รับจากกรมบัญชีกลาง หรือหน่วยงาน ที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย (สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)) ให้สถานพยาบาลมีหน้าที่ในการเก็บรักษาฐานข้อมูลดังกล่าวโดยมิให้มีการคัดลอก เผยแพร่ หรือกระทำการอย่างใด ๆ อันจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตัวผู้มีสิทธิรวมถึงบุคคล ในครอบครัว และกรมบัญชีกลาง**

ค. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

1. การตอบรับและตรวจสอบข้อมูล

- (1.1) เมื่อ สทส. ได้รับข้อมูลตามข้อ ข (3.2) ให้ดำเนินการตอบรับข้อมูลตามแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (เอกสารแนบ 8 ส่วนที่ 1 หรือ ส่วนที่ 2) ให้แก่สถานพยาบาล ผู้ขอเบิกภายใน 1 วันทำการ นับแต่ได้รับข้อมูลจากสถานพยาบาล
- (1.2) ตรวจสอบข้อมูลตามข้อ ข (3.2.2) ที่สถานพยาบาลจัดส่งให้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อจัดทำ บัญชีสรุปยอดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Statement) ในแต่ละงวด

2. การจัดส่งข้อมูล

- (2.1) ให้ดำเนินการจัดส่งฐานข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิในรอบ 15 วัน ตามที่กรมบัญชีกลางได้ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องแล้ว ให้แก่สถานพยาบาล ในวันที่ 15 และวันสิ้นเดือนของทุกเดือน หากวันที่ 15 และวันสิ้นเดือนเป็นวันหยุดราชการให้ใช้วันทำการก่อนหน้านั้นเป็นวันส่งแทนตามกรณี
- (2.2) จัดทำข้อมูลการเบิกจ่ายรายงวดจากข้อมูลที่ได้ตรวจสอบแล้วตาม ข้อ ค (1.2) และส่งข้อมูลที่ตรวจสอบแล้วให้สถานพยาบาลตรวจสอบพร้อมยืนยันความถูกต้องตามวิธีการดังนี้
 - (2.2.1) กรณีผู้ป่วยนอก ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง โดยอนุโลม
 - (2.2.2) กรณีผู้ป่วยในให้ถือปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลของทางราชการประเภทผู้ป่วยใน โดยอนุโลม
- (2.3) นำเข้าข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลยืนยันตามข้อ 2.2 เข้าสู่ระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ด้วยวิธีการ Interface
- (2.4) จัดส่งข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลยืนยัน และคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาล ตามข้อ ข (4.1) เป็นเอกสารการขอเบิกเงินต่อกรมบัญชีกลางทางอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ ไม่น้อยกว่า 5 วันทำการก่อนวันสิ้นงวดการจ่ายเงินในแต่ละงวด

ง. กรมบัญชีกลาง

1. การจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code) ให้กรมบัญชีกลางดำเนินการจัดทำข้อมูลหลักผู้ขายตามที่ได้รับจากสถานพยาบาลในข้อ ข (2.2.1) และนำเข้าสู่ระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) และแจ้งให้สถานพยาบาลทราบ
2. การจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิให้กรมบัญชีกลางจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิและจัดส่งให้แก่สถานพยาบาล และการปรับปรุงฐานข้อมูล เมื่อกรมบัญชีกลางได้รับข้อมูลหรือชุดข้อมูลจากส่วนราชการให้ดำเนินการปรับปรุง แก้ไขฐานข้อมูลและจัดส่งให้สถานพยาบาลภายใน 20 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับข้อมูลจากส่วนราชการ
3. การตรวจสอบคำขอเบิก ให้กรมบัญชีกลางดำเนินการตรวจสอบคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลที่ได้รับจาก สกส. ตามข้อ ค (2.4) ด้วยโปรแกรมการตรวจสอบคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด
4. การอนุมัติเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษายาบาล
 - 4.1 ดำเนินการอนุมัติการขอเบิกเงินค่ารักษายาบาลแทนส่วนราชการในระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) เพื่อจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล
 - 4.2 ในกรณีการจัดทำคำขอเบิกของสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการยกเว้นการหักภาษี ณ ที่จ่าย ตามประมวลรัษฎากร ให้หักภาษี ณ ที่จ่ายออกจากยอดค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลก่อนขอเบิก
5. การจ่ายเงินค่ารักษายาบาล อนุมัติคำขอเบิก และสั่งจ่ายเงินค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกในระบบการจ่ายตรงทางอิเล็กทรอนิกส์ จะจ่ายเดือนละ 2 งวด ตามแนวทางการจัดทำบัญชีสรุปยอดค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล (Statement)
6. การจัดทำรายงานการจ่ายเงินค่ารักษายาบาล ให้กรมบัญชีกลางดำเนินการจัดทำรายงานการจ่ายเงินค่ารักษายาบาล เพื่อจัดส่งแบบการโอนเงินค่ารักษายาบาลของผู้ป่วยในกรณีการจ่ายตรง (แบบ กสพ. 001) (เอกสารแนบ 6) และแบบการโอนเงินค่ารักษายาบาลของผู้ป่วยนอกกรณีการจ่ายตรง (แบบ กสพ. 002) (เอกสารแนบ 7) ซึ่งถือเป็นเอกสารทางการเงินให้แก่สถานพยาบาล

คำร้องแสดงความประสงค์กรอกข้อมูลประวัติส่วนตัวผู้มีสิทธิตาม
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เขียนที่.....(1).....

วันที่.....(2).....

- กรณีการแสดงความประสงค์ขอกรอกข้อมูล
 กรณีการแสดงความประสงค์ขอแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....(3).....

สังกัดกรม(4)..... กระทรวง.....(5).....

ขอแสดงความประสงค์กรอกแบบฟอร์มข้อมูลประวัติส่วนตัวของข้าพเจ้า หรือ
(นาย/นาง/นางสาว).....(6)..... สังกัดกรม.....

กระทรวง..... เพื่อให้ประโยชน์ในการตรวจสอบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และการเบิกจ่ายเงิน
ค่ารักษาพยาบาล หรือประโยชน์อื่นใดเกี่ยวกับการรับสวัสดิการ และคำตอบแทนของข้าพเจ้าจาก
ทางราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ถูกต้อง
ทุกประการ และได้กรอกข้อมูลในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอม
ให้กรมบัญชีกลาง และหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายให้นำข้อมูลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
ประโยชน์ตามที่กล่าวมาข้างต้นได้ทุกประการ

(ลงชื่อ).....(7).....

-
- (1) สถานที่ที่เขียนคำร้อง
(2) วันที่ยื่นคำร้อง
(3) ชื่อ - สกุลผู้ยื่นคำร้อง (ทั้งกรณีผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญขึ้นด้วยตนเอง หรือผู้รับมอบอำนาจขึ้นแทน)
(4) - (5) กรม/กระทรวงที่สังกัด หรือที่เบิกจ่ายแทน
(6) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องไม่สามารถมาขึ้นได้ด้วยตนเอง เนื่องจาก เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ หรือ ไม่มี
สติสัมปชัญญะ โดยให้แม่บโปรับรองแพทย์ พร้อมกับหนังสือของข้าราชการตั้งแต่ระดับ 8 ขึ้นไปว่าผู้มีสิทธิ
เป็น ผู้มีตัวตนอยู่จริง
(7) ลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้อง (หรือผู้แทนกรณีที่มีผู้มีสิทธิไม่สามารถเขียนเองได้)

**หนังสือสำคัญรับรองการเป็นผู้มีสิทธิ
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
(กรณีการยื่นคำร้องแสดงความประสงค์กรอกข้อมูลประวัติส่วนตัวแทนผู้มีสิทธิ)**

เรื่อง รับรองการเป็นผู้มีสิทธิ

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้าข้าราชการตำแหน่ง.....ระดับ.....
กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....สังกัดกรม.....
กระทรวง.....ซึ่งเวลานี้อยู่บ้านเลขที่.....
ครอบครัว.....ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....เป็นผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และได้ลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้าในแบบฟอร์ม
ข้อมูลส่วนบุคคล และคำร้องแสดงความประสงค์กรอกข้อมูลประวัติส่วนตัวผู้มีสิทธิตาม
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่แนบท้ายนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

- (1) ให้ข้าราชการตั้งแต่ระดับ 8 ขึ้นไปเป็นผู้รับรอง
- (2) ให้แนบสำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรอง

แบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(เอกสารแนบ 1 ส่วนที่ 2)

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : _____ ชื่อ : _____ นามสกุล : _____
 เลขที่บัตรประชาชน : เพศ : ชาย หญิง
 ว.ด.ป.พ.ศ.เกิด : ว.ด.ป. พ.ศ. เข้ารับราชการ :
 เลขที่ผู้เสียภาษี : สถานภาพสมรส : โสด สมรส หย่า/หม้าย
 รหัสส่วนราชการ : ชื่อส่วนราชการ : _____
 บ้านเลขที่ : _____ หมู่ที่/หมู่บ้าน : _____ ตรอก/ซอย : _____ ถนน : _____
 แขวง/ตำบล : _____ เขต/อำเภอ : _____ จังหวัด : _____
 รหัสไปรษณีย์ : โทรศัพท์ : _____

ข้อมูลบิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตร

คำนำหน้าชื่อ-นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน (13 ตัวอักษร)	วัน-เดือนปี พ.ศ.เกิด (ตัวเลข)	อาชีพ (กรณีมีชีวิต)
	สถานภาพ	
บิดา : _____ <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> สาปสูญ	<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"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
มารดา : _____ <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> สาปสูญ	<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"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
คู่สมรส : _____ <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> สาปสูญ	<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"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
บุตรคนที่ 1. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> สาปสูญ <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 _____
บุตรคนที่ 2. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> สาปสูญ <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 _____
บุตรคนที่ 3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> สาปสูญ <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 _____

หมายเหตุ - กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน (ช่องที่ให้เลือกโปรดทำเครื่องหมายกากบาท ✓ ลงในช่อง)

- รหัสส่วนราชการ คือ รหัสตามตำแหน่งงบประมาณกำหนด

(ต่อหน้าที 2)

แบบแสดงประวัติส่วนตัวผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

ข้อมูลบุตร (ต่อ)

คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน (13 ตัวอักษร)	วัน - เดือนปี พ.ศ.เกิด (ตัวเลข)	อาชีพ (กรณีมีชีวิต)
	สถานภาพ	
บุตรคนที่ 4. _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ดาย <input type="checkbox"/> สบายสุข <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 _____
บุตรคนที่ 5. _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ดาย <input type="checkbox"/> สบายสุข <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 _____
บุตรคนที่ 6. _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ดาย <input type="checkbox"/> สบายสุข <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 _____
บุตรคนที่ 7. _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ดาย <input type="checkbox"/> สบายสุข <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 _____
บุตรคนที่ 8. _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ดาย <input type="checkbox"/> สบายสุข <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 _____
บุตรคนที่ 9. _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ดาย <input type="checkbox"/> สบายสุข <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 และยินยอมให้กรมบัญชีกลางนำข้อมูลข้างต้นไปใช้เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและผู้อาศัยสิทธิของข้าพเจ้า

ลงชื่อ _____
(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

หมายเหตุ - กรุณากรอกข้อมูลบุตรให้ครบตามจำนวนบุตรที่มี

สำหรับเจ้าหน้าที่
วันที่สมัคร.....เวลา.....

แบบใบสมัครเข้าร่วมโครงการ ฯ

(โครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ)

ข้อมูลผู้สมัคร

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)เลขประจำตัวผู้ปวย.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ วัน-เดือน-ปี เกิด / /

ซึ่งเป็นผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ตามพระราชกฤษฎีกาเกี่ยวกับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ข้าพเจ้ายินดีจะปฏิบัติตามระเบียบที่ได้กำหนดไว้ทุกประการ)

ลงชื่อ ผู้รับยาแทน(ถ้ามี) ลงชื่อ ผู้ปวย

(.....)

(.....)

...../...../.....

...../...../.....

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรงพยาบาล เพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)										
ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย										
ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย										
1	2	3	4	5	6	7	8	10		
ลำดับ ที่	รหัส หน่วยงาน	รหัส hcode	ประเภท ผู้ขาย hcode	ประเภท ผู้ขาย	ชื่อผู้ขาย (ภาษาไทย)	ชื่อผู้ขาย (ภาษาอังกฤษ)	เลขที่ บัตร ประจำตัว ผู้เสีย ภาษี	อาคาร /ชั้น	ถนน ซอย	ตำบล
							อำเภอ	จังหวัด	รหัสไป รษณีย์	หมายเลข โทร
							เขต/ ตำบล	รหัสไป รษณีย์	หมาย เลข	หมาย เลข
							ชานน ด	รหัสไป รษณีย์	ชื่อ สาขา	ชื่อบัญชี ภาษาไทย
							ที่	รหัสไป รษณีย์	รหัส ธนาคาร	บัญชี ธนาคาร
										ชื่อบัญชี ภาษาอังกฤษ

(รหัสแห่ง)

แบบ กสพ. ขบ. 001

คำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลผู้ป่วยในกรณีการจ่ายตรง

เลขที่คำขอเบิก.....(1).....

วันที่.....(2).....

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....(3)..... รหัสหน่วยงาน.....(5).....

โรงพยาบาล.....(4).....

ขอเบิกเงินของผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตามบัญชีสรุปค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในเลขที่.....(8)..... จำนวน.....(6).....บาท (.....(7).....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการเบิกเงินถูกต้องตามวัตถุประสงค์ และได้ดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องทุกประการแล้ว

ลงนาม.....(9).....

(ชื่อผู้มีอำนาจของสถานพยาบาล)

ตำแหน่ง.....(10).....

(รหัสแห่ง)

-
- (1) เลขที่คำขอเบิก (ประกอบด้วยรหัสโรงพยาบาลและเลขที่หนังสือไม่เกิน 5 หลัก)
 - (2) วันที่ขอเบิก
 - (3) ตำแหน่งผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาล
 - (4) ชื่อสถานพยาบาล
 - (5) รหัสสถานพยาบาล (ตามที่ สนย. กำหนด)
 - (6) จำนวนยอดเงินรวมที่ขอเบิกในแต่ละครั้ง (เป็นตัวเลข)
 - (7) จำนวนยอดเงินรวมที่ขอเบิกในแต่ละครั้ง (เป็นตัวอักษร)
 - (8) เลขที่หนังสือบัญชีสรุปค่ารักษายาบาลที่ขอเบิกในแต่ละครั้ง
 - (9) ลายมือชื่อผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาล
 - (10) ตำแหน่งของผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ

(รหัสแห่ง)

แบบ กสพ. ขบ. 002

คำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลผู้ป่วยนอกกรณีการจ่ายตรง

เลขที่คำขอเบิก.....(1).....

วันที่.....(2).....

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....(3).....โรงพยาบาล.....(4).....

รหัสหน่วยงาน.....(5).....

ขอเบิกเงินค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน.....(6).....บาท
 (.....(7).....) ของผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
 รักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตามรายการสรุปบัญชีค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก
 เลขที่.....(8).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการเบิกเงินถูกต้องตามวัตถุประสงค์ และได้ดำเนินการตามกฎหมายและ
 ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องทุกประการแล้ว

ลงนาม.....(9).....

(ชื่อผู้มีอำนาจของสถานพยาบาล)

(รหัสแห่ง)

-
- (1) เลขที่คำขอเบิก (ประกอบด้วยรหัสโรงพยาบาลและเลขที่หนังสือไม่เกิน 5 หลัก)
 - (2) วันที่ขอเบิก
 - (3) ตำแหน่งผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาล
 - (4) ชื่อสถานพยาบาล
 - (5) รหัสสถานพยาบาล (ตามที่ สนย. กำหนด)
 - (6) จำนวนยอดเงินรวมทั้งขอเบิกในแต่ละครั้ง (เป็นตัวเลข)
 - (7) จำนวนยอดเงินรวมทั้งขอเบิกในแต่ละครั้ง (เป็นตัวอักษร)
 - (8) เลขที่หนังสือบัญชีสรุปค่ารักษายาบาลที่ขอเบิกในแต่ละครั้ง
 - (9) ลายมือชื่อของผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาล



แบบการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ

เลขที่คำขอ...(1).....

วันที่.....(2).....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี.....(3).....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....(4)..... ขอแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภท ผู้ป่วยใน

ประจำเดือน.....(5)..... พ.ศ.(6)..... ปีงบประมาณ.....(7).....

ให้แก่สถานพยาบาล.....(8)..... รหัสผู้ขาย.....(9).....

ที่หมายเลขบัญชี.....(10)..... ธนาคาร.....(11).....

เป็นจำนวนเงิน.....(12)..... บาท (.....(13).....)

เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงนาม.....(14).....

- | | |
|---|--|
| (1) เลขที่คำขอเบิกของสถานพยาบาล | (10)-(11) ตามที่สถานพยาบาลแจ้งให้กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ในทะเบียนผู้ขาย |
| (2) วันที่ออกหนังสือการแจ้งการโอนเงิน | (12) จำนวนเงินยอดรวมที่ขอเบิกในแต่ละครั้ง เป็นตัวเลข |
| (3) ชื่อผู้อำนวยการสถานพยาบาลผู้ขอเบิกตาม (1) | (13) จำนวนเงินยอดรวมที่ขอเบิกในแต่ละครั้ง เป็นตัวอักษร |
| (4) ตำแหน่งผู้มีอำนาจของกรมบัญชีกลาง หรือผู้รับมอบอำนาจ | (14) ลายมือชื่อผู้มีอำนาจของกรมบัญชีกลาง หรือผู้รับมอบอำนาจ |
| (5) เดือนที่ขอเบิก | |
| (6) ปีปฏิทินที่ขอเบิก | |
| (7) ปีงบประมาณที่ขอเบิก | |
| (8) สถานพยาบาลที่ขอเบิก | |
| (9) รหัสผู้ขายตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด | |



แบบการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกกรณีการจ่ายตรง

เลขที่คำขอ.....(1).....

วันที่.....(2).....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....(3).....

ขอแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก กรณี.....(4).....

ประจำเดือน..... พ.ศ. ปีงบประมาณ พ.ศ.

ให้แก่สถานพยาบาล.....(5)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ.....(6).....

รหัสผู้ขาย.....(7)..... ที่หมายเลขบัญชี.....(8).....

โดยได้หักภาษี ณ ที่จ่าย เป็นจำนวน.....(9).....บาท (.....(10).....)

รวมเป็นจำนวนเงิน.....(11).....บาท (.....(12).....)

และ เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ชื่อ.....(13).....)

ผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- หมายเหตุ
- (1) เลขที่คำขอเบิกของสถานพยาบาลที่ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลในแต่ละงวด
 - (2) วันที่ออกแบบแจ้งการโอนเงิน
 - (3) ตำแหน่งผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง
 - (4) กรณีการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกตามโครงการจ่ายตรงที่กรมบัญชีกลางกำหนด
 - (5) ชื่อสถานพยาบาลผู้ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล
 - (6) ประเภทของสถานพยาบาลว่าเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ หรือเอกชน
 - (7) รหัสผู้ขาย (vendor code) ซึ่งกรมบัญชีกลางจะเป็นผู้กำหนดให้สถานพยาบาล
 - (8) หมายเลขบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ของสถานพยาบาลเพื่อรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง
 - (9) จำนวนเงินที่เกิดจากการหักภาษี ณ ที่จ่ายตามประมวลกฎหมายรัษฎากร (ตัวเลข)
 - (10) จำนวนเงินที่เกิดจากการหักภาษี ณ ที่จ่ายตามประมวลกฎหมายรัษฎากร (ตัวอักษร)
 - (11) จำนวนยอดรวมสุทธิที่โอนแต่ละงวด (เป็นตัวเลข)
 - (12) จำนวนยอดรวมสุทธิที่โอนแต่ละงวด(เป็นตัวอักษร)
 - (13) ลายมือชื่อผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง

รูปแบบ : เอกสารตอบกลับ ข้อมูลลงทะเบียนผู้ย้ายนอกรักษาตนเอง

สำหรับ <ชื่อ ร.พ. >
 รหัส ร.พ. = <รหัส ร.พ.>
 งวดส่งของ ร.พ. = <session id>
 วันที่ออกเลขตอบรับ = <date> เวลา: <time>
 เลขที่ตอบรับ = <rid>
 รายการที่ส่งไป = <incase>
 รายการที่ตรวจผ่าน = <accept>
 *** - รายการตรวจผ่าน ข้อมูลลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว
 *| # A <HN>,<MemberNo>,<PID>,<Name...>,<RegDateTim> | <CheckCode>
 *| U A <HN>,<MemberNo>,<PID>,<Name...>,<RegDateTim> | <CheckCode>
 *** - รายการที่ต้องแก้ไข
 วิธีแก้ไข: รับเอกสารฉบับนี้, เรียกรายการมาแก้ไขในโปรแกรมโดยใช้ ID เดิมแล้วส่งใหม่
 *| # C <HN>,<MemberNo>,<PID>,<Name...>,<RegDateTim> | <CheckCode>
 *| U C <HN>,<MemberNo>,<PID>,<Name...>,<RegDateTim> | <CheckCode>
 *** - รายการที่ไม่รับเข้าทะเบียน, ต้องส่งข้อมูลใหม่ทั้งหมด
 *| # X <HN>,<MemberNo>,<PID>,<Name...>,<RegDateTim> | <CheckCode>
 *| U X <HN>,<MemberNo>,<PID>,<Name...>,<RegDateTim> | <CheckCode>

รูปแบบรายการ *| flag stat HN,MemberNo,PID,Name...,RegDateTim | CheckCode...

- flag: สถานะการส่งข้อมูล
 - # = รายการ ลงทะเบียนใหม่
 - U = รายการ ปรับปรุงแก้ไข
- stat: สถานะการตรวจข้อมูล
 - A = รับไว้เพื่อเตรียมเข้าทะเบียนที่รับรอง ข้อมูลถูกต้องไม่ต้องแก้ไข
 - C = รับไว้ในทะเบียนแล้ว มีรายการที่ต้องแก้ไขตามรหัสที่แจ้ง โดยใช้ ID เดิม
 - X = รายการนี้ถูกยกเลิก ข้อมูลมี ID ผิดพลาด ขอให้จัดทำทะเบียนใหม่
- CheckCode: แสดงเฉพาะเมื่อมี ข้อผิดพลาด/เดือน

รหัสผลการตรวจรับ
 --[(11-18)]: ข้อมูลตรวจรับ
 --[(21-27)]: ข้อมูลการรับรองสิทธิ์สวัสดิการฯ
 --[(31-33)]: ข้อมูลการรับรองการวินิจฉัย
 --[(41-42)]: ข้อมูลลายนิ้วมือผู้ป่วย
 --[51]: ข้อมูลประเภทการลงทะเบียน
 --[(52-53)]: ข้อมูลวันที่มีผลต่อธุรกรรม
 --[(71-72)]: ข้อมูลลายนิ้วมือผู้รับยาแทน
 --[(81-86)]: ข้อมูลที่ควรมี

หมายเหตุ: รหัสตั้งแต่ 72 ขึ้นไปไม่มีผลทางการใช้งาน สกส. แจ้งกลับเพื่อเตือนว่าข้อมูลส่วนนี้
 ทาง ร.พ. สามารถส่งมาปรับปรุงได้

***** Checkcode

ตัวอย่าง : เอกสารตอบกลับ ข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยนอก

สำหรับ ร.พ.ตัวอย่าง 1
รหัส ร.พ. = 00001
งวดส่งของ ร.พ. = 0001_01_20050715-094707
วันที่ออกเลขตอบรับ = 18/07/2548 เวลา: 12:39:59
เลขที่ตอบรับ = 1058
รายการที่ส่งไป = 5
รายการที่ตรวจผ่าน = 5

*** - รายการตรวจผ่าน ข้อมูลส่งเข้าระบบประมวลผลแล้ว

* # A 21538	41679896	3130700377169	สมทองอยู่ ทองประดับ	, 15/07/2548 09:45:29
* # A 271174	21463098	3139900056372	ละมุล ทองละมัย	, 14/07/2548 11:51:06
* # A 2855	72032403	3139900038617	อยู่เย็น ปทุมชาติ	, 14/07/2548 08:57:06
* # A 321478	75666250	3130100317272	สมศิมย์ แก้วประดับ	, 14/07/2548 11:44:35
* # A 0029015	84970589	3139900109902	โชติช่วง พงศ์พรรณ	, 15/07/2548 11:13:18

*** - รายการที่ต้องแก้ไข

วิธีแก้ไข: รับเอกสารฉบับนี้, เรียกรายการมาแก้ไขในโปรแกรมโดยใช้ ID เดิมแล้วส่งใหม่

*** - รายการที่ไม่รับเข้าทะเบียน, ต้องส่งข้อมูลใหม่ทั้งหมด

รูปแบบรายการ *| flag stat HN,MemberNo,PID,Name...,RegDateTim | CheckCode...

- flag: สถานะการส่งข้อมูล

#=รายการ ลงทะเบียนใหม่

U=รายการ ปรับปรุงแก้ไข

- stat: สถานะการตรวจข้อมูล

A=รับไว้ในทะเบียนแล้ว ข้อมูลถูกต้องไม่ต้องแก้ไข

C=รับไว้ในทะเบียนแล้ว มีรายการที่ต้องแก้ไขตามรหัสที่แจ้ง โดยใช้ ID เดิม

X=รายการนี้ถูกยกเลิก ข้อมูลมี ID ผิดพลาด ขอให้จัดทำทะเบียนใหม่

- CheckCode: แสดงเฉพาะเมื่อมี ข้อผิดพลาด/เดือน

รหัสผลการตรวจรับ

--[(11-18)]: ข้อมูลบรรณานุกรม

--[(21-27)]: ข้อมูลการรับรองสิทธิ์สวัสดิการฯ

--[28]: เลขที่หนังสือรับรองสิทธิ์ไม่มี

--[29]: แจ้งเป็นทะเบียนล่วงหน้า แต่ไม่พบเลขอ้างอิงในทะเบียน

--[(31-33)]: ข้อมูลการรับรองการวินิจฉัย

--[(41-42)]: ข้อมูลลายนิ้วมือผู้ป่วย

--[51]: ข้อมูลประเภทการลงทะเบียน

--[(71-72)]: ข้อมูลลายนิ้วมือผู้รับยาแทน

--[(81-86)]: ข้อมูลที่ควรมี

หมายเหตุ: รหัสตั้งแต่ 72 ขึ้นไปไม่มีผลทางการใช้งาน สกส. แจ้งกลับเพื่อเตือนว่าข้อมูลส่วนนี้
ทาง ร.พ. สามารถส่งมาปรับปรุงได้

*****9750d4b4ad28ec9f8f3372d845e067a7

รูปแบบ : เอกสารตอบรับ ข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลโครงการผู้ป่วยนอกรักษาค่าเอง

สำหรับ <CHospName>

รหัส ร.พ. <CHCode>

งวดส่งของ ร.พ. = <CSessName>

วันที่ออกเลขตอบรับ = DD/MM/YYYY เวลา: HH:mm:ss

เลขที่ตอบรับ = <CRID>

รายการที่ส่งไป = <nRecordCount>

รายการที่ตรวจผ่าน = <nAccept>

*** - รายการตรวจผ่าน ข้อมูลส่งเข้าระบบประมวลผลแล้ว

*| A <AuthCode>|<DTTran>|<InvNo>|<BillNo>|<HN>|<MemberNo>|<Amount-Paid>

.....

** - รายการที่ต้องแก้ไข

วิธีแก้ไข: รับเอกสารฉบับนี้, เรียกรายการมาแก้ไขโดยใช้ ID เดิมแล้วส่งใหม่

*| C <AuthCode>|<DTTran>|<InvNo>|<BillNo>|<HN>|<MemberNo>|<Amount-Paid>|<ErrCd>

.....

- stat: สถานะการตรวจข้อมูล

A=รับไว้ในทะเบียนแล้ว ข้อมูลถูกต้องไม่ต้องแก้ไข

C=รับไว้ในทะเบียนแล้ว มีรายการที่ต้องแก้ไขตามรหัสที่แจ้ง โดยใช้ ID เดิม

- CheckCode: แสดงเฉพาะเมื่อมี ข้อผิดพลาด/เดือน

11 ไม่ระบุ InvNo

12 InvNo ซ้ำ

16 ไม่ระบุ AuthCode

17 Authcode ไม่ถูกต้อง

21 ไม่ระบุ HN ในรายการ

22 HN ไม่อยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิ

26 ไม่ระบุ MemberNo หรือ Member No ไม่ตรงกับ HN

27 MemberNo ไม่อยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิ

28 MemberNo ถูกระงับสิทธิทำธุรกรรม

31 ไม่มีข้อมูลลายนิ้วมือส่งไป

32 ข้อมูลลายนิ้วมือไม่ถูกต้อง

33 ข้อมูลลายนิ้วมือไม่ตรงกับทะเบียน

51 ไม่ระบุ Station

52 DTTran วันที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (เช่นต้องส่งเบิกภายใน 15 วันของการใช้บริการ)

53 DTTran อยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก

61 Amount ไม่ใช่ข้อมูลชนิดตัวเลข, เป็น 0 หรือ ติดลบ

66 ไม่ระบุ BillNo กรณี Paid > 0

67 Paid มากกว่า Amount

*****444d9111d08b34a3b3f76e972599b873

ตัวอย่าง: เอกสารตอบรับ ข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลโครงการผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง

สำหรับ ร.พ.ทดสอบ 1
 รหัส ร.พ. = 00001
 งวดส่งของ ร.พ. = 0001_01_20050718-081840
 วันที่ออกเลขตอบรับ = 18/07/2548 เวลา: 12:42:44
 เลขที่ตอบรับ = 1096
 รายการที่ส่งไป = 10
 รายการที่ตรวจผ่าน = 10

*** - รายการตรวจผ่าน ข้อมูลส่งเข้าระบบประมวลผลแล้ว

* A 001 ,	, 14/07/2548 08:33:00, P2000001	, _____,	_____	, 0057123 ,	05794490	, _____,	4356.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 09:03:00, P2000002	, _____,	_____	, 0115578 ,	80443787	, _____,	465.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 09:49:00, P2000003	, _____,	_____	, 0010739 ,	43455401	, _____,	2848.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 10:00:00, P2000004	, _____,	_____	, 0022625 ,	32799590	, _____,	2820.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 10:02:00, P2000005	, _____,	_____	, 0044472 ,	06967246	, _____,	1130.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 10:06:00, P2000006	, _____,	_____	, 0065637 ,	62120870	, _____,	5253.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 10:14:00, P2000007	, _____,	_____	, 0067924 ,	78336624	, _____,	2943.00
* A 001 ,	, 14/07/2548 10:42:00, P2000008	, _____,	_____	, 0040570 ,	73933258	, _____,	875.00
* A 002 ,	, 14/07/2548 10:44:00, P2000009	, _____,	_____	, 0032660 ,	74822647	, _____,	2530.00
* A 002 ,	, 14/07/2548 10:45:00, P2000010	, _____,	_____	, 0139637 ,	39683362	, _____,	2530.00

*** - รายการที่ต้องแก้ไข
 วิธีแก้ไข: รับเอกสารฉบับนี้, เรียงรายการมาแก้ไขโดยใช้ ID เดิมแล้วส่งใหม่

รูปแบบรายการ *| Stat, Station, AuthCode, DTTran, InvNo, BillNo, HN, MemberNo, Amount-Paid | CheckCode

- stat: สถานะการตรวจข้อมูล
 A=รับไว้ในทะเบียนแล้ว ข้อมูลถูกต้องไม่ต้องแก้ไข
 C=รับไว้ในทะเบียนแล้ว มีรายการที่ต้องแก้ไขตามรหัสที่แจ้ง โดยใช้ ID เดิม

- CheckCode: แสดงเฉพาะเมื่อมี ข้อผิดพลาด/เดือน

- 11 ไม่ระบุ InvNo
- 12 InvNo ซ้ำ
- 16 ไม่ระบุ AuthCode
- 17 Authcode ไม่ถูกต้อง
- 21 ไม่ระบุ HN ในรายการ
- 22 HN ไม่อยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิ
- 26 ไม่ระบุ MemberNo หรือ Member No ไม่ตรงกับ HN
- 27 MemberNo ไม่อยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิ
- 28 MemberNo ถูกระงับสิทธิทำธุรกรรม
- 31 ไม่มีข้อมูลลายนิ้วมือส่งไป
- 32 ข้อมูลลายนิ้วมือไม่ถูกต้อง
- 33 ข้อมูลลายนิ้วมือไม่ตรงกับทะเบียน
- 51 ไม่ระบุ Station
- 52 DTTran วันที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (เช่นต้องส่งเบิกภายใน 15 วันของการใช้บริการ)
- 53 DTTran อยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก
- 61 Amount ไม่ใช่ข้อมูลชนิดตัวเลข, เป็น 0 หรือ ติดลบ
- 66 ไม่ระบุ BillNo กรณี Paid > 0
- 67 Paid มากกว่า Amount

*****444d9111d08b34a3b3f76e972599b8