



การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ของผู้ปฏิบัติงาน
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

ส.ค.๖๕

คำนำ

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) ได้มีการจัดให้ผู้ปฏิบัติมีสวัสดิการจากสำนักงาน โดยได้กำหนดไว้ในข้อบังคับสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) ว่าด้วย การพัฒนาและบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๖ ในหมวด ๕ เวลาทำงาน การลา สวัสดิการ และค่าชดเชย ซึ่งเกี่ยวกับสวัสดิการได้ระบุไว้ ดังนี้

ข้อที่ ๓๙ ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับสวัสดิการจากสำนักงาน ดังนี้

- (๑) การรักษาพยาบาลและการตรวจสุขภาพประจำปี และให้รวมถึงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะของผู้ปฏิบัติงานด้วย
- (๒) การศึกษาของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- (๓) การสงเคราะห์เนื่องจากได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วย เพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่
- (๔) เงินช่วยเหลือกรณีถึงแก่กรรม
- (๕) สวัสดิการอื่นที่ผู้อำนวยการกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ทั้งนี้ ข้อบังคับสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) ว่าด้วย การพัฒนาและบริหารงานบุคคล พ.ศ.๒๕๕๖ ข้อ ๔๑ ระบุว่า “สำนักงานอาจจัดให้มีการประกันสุขภาพ และการประกันอุบัติเหตุ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในลักษณะประกันหมู่ การกำหนดวงเงินประกันของแต่ละตำแหน่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด” ซึ่งทางสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) ที่ได้จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ.๒๕๕๖ ยังมิได้มีการจัดทำประกาศกำหนดวงเงินประกันของแต่ละตำแหน่ง จึงได้ดำเนินการตามบทเฉพาะกาล ข้อ ๘๑ ที่ได้รับ ระบุว่า “ในระหว่างที่ยังไม่มีระเบียบหรือประกาศกำหนด หลักเกณฑ์วิธีการหรือเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ให้นำหลักเกณฑ์ตามข้อบังคับและระเบียบเดิมมาใช้บังคับไปพลางก่อนเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับข้อบังคับนี้จนกว่าจะมีการออกระเบียบหรือประกาศกำหนด หลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือวิธีการสำหรับกรณีนั้นตามข้อบังคับนี้ โดยทางสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) ได้ถือปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการประกันสุขภาพและการประกันอุบัติเหตุของผู้ปฏิบัติงาน ฉบับประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๓

เงินสวัสดิการรักษาพยาบาล เป็นเงินสวัสดิการที่หน่วยงานกำหนดให้มีขึ้นเพื่อช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยและบรรเทาภาระของผู้ปฏิบัติงานที่มีสิทธิในด้านค่ารักษาพยาบาล โดยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้ถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๓ และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๓ และหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อบังคับและประกาศของหน่วยงานที่เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

โดยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ปฏิบัติงาน เป็นรายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงานที่มีรายการเกิดขึ้นในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย ปกติย่อมค่อนข้างมาก อีกทั้งการตรวจสอบเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จะเน้นตรวจสอบการปฏิบัติงานตามกฎระเบียบและหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล ดังนั้น ทางสำนักงานจึงให้ความสำคัญในการกำหนดขั้นตอนในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เอกสารที่ใช้ประกอบการเบิกจ่าย รวมทั้งกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ที่ระบุให้ต้องใช้สิทธิของตนเองจากหน่วยงานก่อน และใช้สิทธิอื่นๆ เพิ่มเติมตามลำดับ และเพื่อให้สามารถเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้เกิดความถูกต้องรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานดำเนินงานขององค์กรได้

งานสวัสดิการและผลประโยชน์

ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

สำนักบริหารงานกลาง

สิงหาคม ๒๕๖๕

การรักษาพยาบาลของผู้ปฏิบัติงานสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

แบ่งออกเป็น

๑. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD – Out Patient Department)

☞ ให้ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบกับสถานพยาบาลว่าสามารถตัดหน้าบัตรประกันกลุ่มได้หรือไม่ ซึ่งมีวงเงิน OPD จำนวน ๒,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง (๓๐ ครั้งต่อปี) หากสถานพยาบาลไม่รองรับการตัดหน้าบัตรให้ผู้ปฏิบัติงานสำรองจ่าย หลังจากนั้นส่งเบิกกับหน่วยงานต่อไป

หมายเหตุ ๑.๑ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชน จะส่งเบิกเคลมกับบริษัทประกันในวงเงิน OPD จำนวน ๒,๐๐๐ บาท ส่วนที่เหลือจะไม่สามารถเบิกกับหน่วยงานได้ แต่กรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลรัฐจะสามารถนำมาเบิกกับหน่วยงานได้ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

๑.๒ หากผู้ปฏิบัติงานมีสิทธิประโยชน์อื่น เช่น ประกันสังคม จะต้องใช้สิทธินั้นก่อนที่จะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันกลุ่มที่หน่วยงานจัดให้

๒. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (IPD – In Patient Department)

☞ ให้ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบกับสถานพยาบาลว่าสามารถใช้บัตรประกันกลุ่มได้หรือไม่ หากใช้บัตรประกันกลุ่มได้ จะมีวงเงิน IPD จำนวน ๑๒,๐๐๐ บาท ค่าห้อง+อาหาร ๑,๒๐๐ บาท ต่อวัน ซึ่งหากผู้ปฏิบัติงานเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในกับสถานพยาบาลเอกชนส่วนต่างค่ารักษาพยาบาลที่เหลือจากการตัดหน้าบัตรผู้ปฏิบัติงานจะไม่สามารถนำมาเบิกกับหน่วยงานได้ แต่กรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลรัฐจะสามารถนำมาเบิกกับหน่วยงานได้ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ปฏิบัติงานมีความประสงค์จะเข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลรัฐ ให้ผู้ปฏิบัติงานแจ้งประสานกับธุรการฝ่ายที่ตนสังกัดเพื่อทำบันทึกเสนอขอหนังสือส่งตัวมายังฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล (สำนักงานฯ จะเป็นผู้ชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลและนำเบิกเคลมกับบริษัทประกันต่อไป)

หมายเหตุ การเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ปฏิบัติงานให้ใช้แบบ ๗๑๓๑ ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ประกอบกับเอกสารการเบิกจ่าย เช่น ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ ฯลฯ

กรณีศึกษาที่ ๑ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเองแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart)

มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure)				
เรื่อง การขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง				
ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
ผู้ขออนุมัติ	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> กรอกแบบฟอร์มใบเบิกเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลพร้อมแนบเอกสาร </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> A </div>	๑. ผู้ขออนุมัติกรอกข้อมูลการ รักษาพยาบาล พร้อมแนบใบเสร็จรับเงิน เอกสารรายละเอียดการรักษาพยาบาล และใบรับรองแพทย์ โดยใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาล ต้องมีรายการดังต่อไปนี้ - ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน - วันเดือนปี ที่รับเงิน - รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่า รักษาพยาบาลประเภทใด - จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร - ลายมือชื่อของผู้รับเงิน	๑. บันทึกขออนุมัติเบิกค่า รักษาพยาบาลตนเอง ๒. แบบฟอร์มใบเบิกเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๓๑) ๓. ใบเสร็จรับเงินค่า รักษาพยาบาลของ สถานพยาบาลที่เข้ารับการ รักษา (ไม่เกิน ๑ ปี)	๑-๒ วัน

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
ฝ่ายบริหาร ทรัพยากร บุคคล	<pre> graph TD A((A)) --> B{ตรวจสอบ รายละเอียด การเบิกจ่าย} B -- ไม่ครบถ้วน --> A B -- ครบถ้วน --> C[บันทึกรายละเอียดการเบิกจ่ายลงฐานข้อมูล] C --> D{ตรวจสอบ เอกสารการตัด หน้าบัตร} D -- มี --> E[หน่วยงาน] E --> A D -- ไม่มี --> F[บริษัทประกัน] F --> A </pre>	<p>๑. ตรวจสอบรายละเอียดการเบิกจ่าย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชื่อ-สกุล ในใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ตรงกับใบขอเบิกและเอกสารแนบต่าง ๆ - ใบเสร็จรับเงินต้องไม่หมดอายุ โดยมีระยะเวลา ๑ ปีนับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงิน หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้มีสิทธิไม่ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ - ยานอเนกประสงค์ยี่ห้อแห่งชาติ จะเบิกได้ก็ต่อเมื่อมีหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย - หากผู้ขออนุมัติการจ่ายละเอียดการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน จะคืนเรื่องเพื่อแก้ไขรายละเอียด <p>๒. ข้อมูลครบถ้วนจะทำการบันทึกรายละเอียดการเบิกจ่ายลงฐานข้อมูล</p> <p>๓. กรณียังไม่ได้ตัดหน้าบัตรจะส่งเอกสารให้บริษัทประกัน แต่หากได้ตัดหน้าบัตรแล้วจะส่งเบิกกับหน่วยงาน</p>	๑. ใบตัดเคลมหน้าบัตร ประกัน	๑-๒ วัน

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
<p>เมืองไทยประกันชีวิต</p>	<pre> graph TD A((A)) --> B{ตรวจสอบ รายละเอียด การเคลม} B -- แบบที่ ๑ --> C[ผู้ขออนุมัติ] B -- แบบที่ ๒ --> D[หน่วยงาน (HR)] D --> E((A)) </pre>	<p>๑. ตรวจสอบรายการเบิกเคลมอยู่ในเงื่อนไขการเคลมแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท/ครั้ง โดยผลการเบิกเคลม แบ่งออกเป็น ๓ กรณี ดังนี้</p> <p>๑. เบิกเคลมได้หมด บริษัทประกันจะทำการโอนจ่ายให้ผู้ขออนุมัติโดยตรง และงานบริหารทรัพยากรบุคคลจะแจ้งรายงานการโอนเงินค่าเบิกเคลมลงในกลุ่มไลน์ประสานงาน HR (บริษัทประกันจะเก็บใบเสร็จรับเงินตัวจริงไว้ ไม่ส่งคืนหน่วยงาน)</p> <p>๒. เบิกเคลมไม่ได้ บริษัทประกันจะส่งคืนให้หน่วยงานเพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป โดยจะแนบหนังสือชี้แจงเหตุที่ไม่สามารถเบิกเคลมได้มาด้วย</p> <p>๓. เบิกเคลมได้บางส่วน บริษัทประกันจะทำการโอนจ่ายให้ผู้ขออนุมัติโดยตรง และจะระบุจำนวนเงินลงในใบเสร็จ โดยการประทับตราพร้อมลงนาม และจะส่งคืนใบเสร็จให้หน่วยงานเพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป</p>		<p>๓-๗ วัน</p>

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
ฝ่ายบริหาร ทรัพยากร บุคคล	<pre> graph TD A((A)) --> B[สืบค้นทรัพยากร/ชื่อรายการจัดการพัสดุ ทรัพยากรพยาบาล พร้อมแนบหนังสือ กระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้องประกอบการเบิกจ่าย (ถ้ามี)] B --> C[บันทึกรายละเอียดการเบิกจ่ายฐานข้อมูล (เพิ่มเติม)] C --> D{ตรวจสอบรายละเอียดการอนุมัติ} D -- แก้ไข --> A D -- ถูกต้อง --> E[หักงบประมาณ] E --> A </pre>	<p>กรณี ๒ และ ๓ หลังจากการเบิกเคม บริษัทประกัน จะดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> สืบค้นรหัส ๕ หลัก จากเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง (web site -> http://mbdb.cgd.go.th/web/Searchmed.jsp) แนบหนังสือกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้องประกอบการเบิกจ่าย (ถ้ามี) 		๑-๒ วัน
งานการเงิน	<pre> graph TD A{ตรวจสอบรายละเอียดการอนุมัติ} -- แก้ไข --> A A -- ถูกต้อง --> B[หักงบประมาณ] B --> C((A)) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> ตรวจสอบรายละเอียดการอนุมัติเบิกจ่าย <ul style="list-style-type: none"> มีแก้ไข จะส่งกลับฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ถูกต้อง จะทำการหักงบประมาณ หักงบประมาณ เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย 		๑-๒ วัน

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
ผู้มีอำนาจอนุมัติ	<pre> graph TD A((A)) --> D{อนุมัติการ เบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล} D -- แก้ไข --> A D -- ถูกต้อง --> R[ดำเนินการโอนเงิน] R --> F[บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการ เบิกจ่ายทั้งหมด] </pre>	<p>๑. อนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแก้ไข จะส่งกลับงานการเงิน - ถูกต้อง จะลงนามอนุมัติ แล้วส่งกลับงานการเงินเพื่อดำเนินการโอนเงินให้แก่งานผู้ปฏิบัติงาน 		๑-๓ วัน
งานการเงิน	<pre> graph TD R[ดำเนินการโอนเงิน] --> F[บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการ เบิกจ่ายทั้งหมด] </pre>	<p>๑. ดำเนินการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลตนเองให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามบัญชีธนาคารกรุงไทย (เบิกจ่ายเงินเดือน)</p>		๑-๒ วัน
งานบัญชี	<pre> graph TD F[บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการ เบิกจ่ายทั้งหมด] </pre>	<p>๑. บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการเบิกจ่ายทั้งหมด</p>		๑-๒ วัน

กรณีที่ ๒ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเองแบบผู้ป่วยใน (IPD)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart)

ขั้นตอนที่ ๑ การออกหนังสือส่งตัวผู้ป่วยปฏิบัติงานเข้ารับการรักษาพยาบาล

มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure)
เรื่อง การขออนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเอง

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลา ดำเนินการ
ผู้ปฏิบัติงาน รักษาพยาบาล	แจ้งรายละเอียดการเข้ารับการรักษาพยาบาล	แจ้งรายละเอียดการเข้ารับการรักษาพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ธุรการฝ่ายที่ต้นสังกัด		
เจ้าหน้าที่ธุรการ แต่ละฝ่าย	จัดทำบันทึกข้อความ	จัดทำบันทึกข้อความแจ้งให้ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อดำเนินการจัดทำหนังสือส่งตัวเสนอผู้มีอำนาจลงนาม		
ธุรการกลาง (สบง.)	ลงรับหนังสือ	ลงรับหนังสือตามระบบสารบรรณ และนำส่งให้ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล		
ฝ่ายบริหาร ทรัพยากร บุคคล	จัดทำหนังสือส่งตัว	จัดทำหนังสือส่งตัวเพื่อเสนอให้ผู้มีอำนาจลงนาม		
ธุรการกลาง (สบง.)	เสนอผู้มีอำนาจลงนาม	นำเสนอผู้มีอำนาจลงนาม		

A

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
ผู้รับแจ้ง	<pre> graph TD A((A)) --> B{อนุมัติการ เบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล} B -- ถูกต้อง --> C[ออกเลขหนังสือส่งตัว] B -- แก้ไข --> A </pre>	ลงนามในหนังสือส่งตัว		
ธุรการกลาง (สบง.)		ออกเลขหนังสือส่งตัว (หนังสือส่งภายนอก)		๑-๒ วัน
ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล		ประสานแจ้งเจ้าหน้าที่ธุรการฝ่ายที่เสนอเรื่องมาเพื่อแจ้งให้มารับหนังสือส่งตัว		
เจ้าหน้าที่ธุรการแต่ละฝ่าย		รับหนังสือส่งตัว		

หมายเหตุ ขั้นตอนการออกหนังสือส่งตัวผู้ปฏิบัติงานเข้ารับการรักษาพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ๒-๔ วัน

ขั้นตอนที่ ๒ โรงพยาบาลแจ้งเก็บค่ารักษาพยาบาลและสำนักงานข้าราชการรักษาพยาบาล

มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure) เรื่อง การขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง				
ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
โรงพยาบาล	<pre> graph TD A[ส่งหนังสือเพื่อเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล] --> B[ลงรับหนังสือ] B --> C{ตรวจสอบเอกสารสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล} C -- แก้ไข --> A C --> D((ถูกต้อง)) D --- E((A)) </pre>	ส่งหนังสือเพื่อเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลให้หน่วยงาน	๑. หนังสือนำส่งเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล / รายละเอียดการรักษารักษาพยาบาล / หนังสือส่งตัวของหน่วยงาน	๑-๒ วัน
บุคลากรกลาง (สบง.)		ลงทะเบียนรับก่อสร้างเรื่องให้ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลตรวจสอบ		๑-๒ วัน
ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล		ตรวจสอบเอกสารสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล		

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
งานการเงิน	<pre> graph TD A((A)) --> D{ตรวจสอบเอกสาร เบิกจ่ายและ ตรวจสอบงบประมาณ} D -- ถูกต้อง --> B((A)) D -- แก้ไข --> D </pre>	<p>ตรวจสอบเอกสารประกอบงบการเงินเบิกจ่าย และตรวจสอบงบประมาณเพื่อทำการหักงบประมาณจากหมวดเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสอบสุขภาพประจำปี</p>		๑-๒ วัน
ธุรการกลาง (สบง.)	<pre> graph TD A((A)) --> R[เสนอผู้มีอำนาจลงนาม] R --> D{ตรวจสอบเอกสาร เบิกจ่ายและ ตรวจสอบงบประมาณ} D --> B((A)) D --> R </pre>	นำเสนอผู้มีอำนาจลงนาม		
ผู้มีอำนาจ	<pre> graph TD A((A)) --> D{ตรวจสอบเอกสาร เบิกจ่ายและ ตรวจสอบงบประมาณ} D --> B((A)) D --> D </pre>	อนุมัติคำรักษาพยาบาล		

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
งานการเงิน	<pre> graph TD A((A)) --> B[ชำระค่ารักษาพยาบาล] </pre>	ดำเนินการชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล		๑-๗ วัน
โรงพยาบาล	<pre> graph TD B[ชำระค่ารักษาพยาบาลพร้อมส่งใบเสร็จรับเงิน รายละเอียดการรักษายาบาลและใบรับรองแพทย์ให้แก่หน่วยงาน] </pre>	รับชำระค่ารักษาพยาบาลพร้อมส่งใบเสร็จรับเงิน รายละเอียดการรักษายาบาลและใบรับรองแพทย์ให้แก่หน่วยงาน	๑. หนังสือนำส่งใบเสร็จรับเงิน ๒. ใบเสร็จรับเงินและรายละเอียดการรักษายาบาลและใบรับรองแพทย์	๑-๒ สัปดาห์
ธุรการกลาง (สบง.)	<pre> graph TD C[ลงรับหนังสือ] </pre>	ลงรับหนังสือและส่งต่อให้ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลดำเนินการในลำดับถัดไป		๑-๓ วัน
ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล	<pre> graph TD D[รับหนังสือและเตรียมทำเรื่องเบิกเคลม] </pre>	ลงรับหนังสือและเตรียมจัดทำเรื่องส่งเบิกเคลมกับบริษัทประกัน		

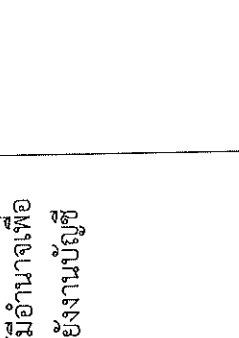
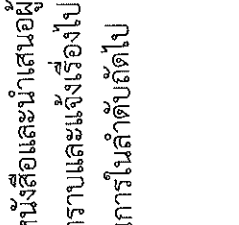
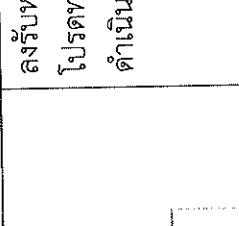
หมายเหตุ ขั้นตอนโรงพยาบาลแจ้งเก็บค่ารักษาพยาบาลและสำนักงานชำระค่ารักษาพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ๑๒-๓๐ วัน

ขั้นตอนที่ ๓ ดำเนินงานทำการเบิกเคลมกับบริษัทประกัน

มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure)
เรื่อง การขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
ฝ่ายบริหาร ทรัพยากร บุคคล	<pre> graph TD A((A)) --> B{ตรวจสอบเอกสาร รายละเอียดการ เบิกจ่าย} B -- ไม่ครบถ้วน --> A B -- ครบถ้วน --> C[บันทึกรายละเอียดการ เบิกจ่ายลงฐานข้อมูล] C --> D((A)) </pre>	<p>๑. ตรวจสอบรายละเอียดการเบิกจ่าย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชื่อ-สกุล ในใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ตรงกับใบขอเบิกและเอกสารแนบต่างๆ - ใบเสร็จรับเงินต้องไม่หมดอายุ โดยมีระยะเวลา ๑ ปีนับจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงิน หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้มีสิทธิไม่ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ - ยานอภิญญาหลักแห่งชาติ จะเบิกได้ก็ต่อเมื่อมีหนังสือรับรองจากคณะกรรมการแพทย์ประกอบกรเบิกจ่าย - หากกรรายละเอียดในใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์รายละเอียดการเบิกจ่าย ไม่ถูกต้องครบถ้วน จะคืนเรื่องให้โรงพยาบาลเพื่อแก้ไข <p>๒. ข้อมูลครบถ้วนจะทำการบันทึกรายละเอียดการเบิกจ่ายลงฐานข้อมูล</p>		๑-๒ วัน

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ
เมืองไทย ประกันชีวิต	<pre> graph TD A((A)) --> B{ตรวจสอบ รายละเอียด การเคลม} B --> C[โอนจ่ายให้หน่วยงาน] C --> D[ส่งเอกสารคืนให้หน่วยงาน (HR)] D --> E[บันทึกรายละเอียดการเบิกเคลมฐานข้อมูล] E --> F[เก็บบันทึกให้หน่วยงานเพื่อทราบ] F --> A </pre>	<p>๑. ตรวจสอบรายการเบิกเคลมอยู่ในเงื่อนไขการเคลมแบบผู้ป่วยใน (IPD) ไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ บาท/ครั้ง และค่าห้องพิเศษ</p> <p>๒. บริษัทประกันจะทำการโอนจ่ายให้หน่วยงานโดยตรง และจะระบุจำนวนเงินลงใบใบเสร็จ โดยการประทับตราพร้อมลงนาม และจะส่งคืนใบเสร็จให้หน่วยงาน เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป</p> <p>๓. ส่งคืนเอกสารให้แก่หน่วยงาน</p>		๓-๗ วัน
ฝ่ายบริหาร ทรัพยากร บุคคล	<pre> graph TD A((A)) --> B[บันทึกรายละเอียดการเบิกเคลมฐานข้อมูล] B --> C[เก็บบันทึกให้หน่วยงานเพื่อทราบ] C --> A </pre>	<p>๑. ทำการบันทึกรายละเอียดการเบิกเคลมลงฐานข้อมูล</p> <p>๒. เก็บบันทึกให้หน่วยงานเพื่อโปรดทราบและให้ความเห็นเพื่อแจ้งเรื่องไปยังฝ่ายการเงินและบัญชีดำเนินการในลำดับถัดไป</p>		๑-๒ วัน

ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flow Chart)	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลา ดำเนินการ
บุคลากรกลาง (สบง.)	 <pre> graph TD A((A)) --> B[ส่งหนังสือและเสนอผู้มีอำนาจ] B --> C[ทราบและแจ้งเรื่องไปงานบัญชี] C --> D[บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการเบิกจ่ายทั้งหมด] </pre>	<p>ลงรับหนังสือและนำเสนอผู้มีอำนาจเพื่อโปรดทราบและแจ้งเรื่องไปยังงานบัญชีดำเนินการในลำดับถัดไป</p>		๑-๓ วัน
ผู้มีอำนาจ	 <pre> graph TD B[ทราบและแจ้งเรื่องไปงานบัญชี] --> D[บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการเบิกจ่ายทั้งหมด] </pre>	<p>ทราบและแจ้งเรื่องไปงานบัญชีดำเนินการในลำดับถัดไป</p>		
งานบัญชี	 <pre> graph TD D[บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการเบิกจ่ายทั้งหมด] </pre>	<p>บันทึกและจัดเก็บเอกสารประกอบการเบิกจ่ายทั้งหมด</p>		

หมายเหตุ ขั้นตอนสำนักงานทำการเบิกเคลมกับบริษัทประกัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ๖-๑๔ วัน

แบบ ๗๑๓๑

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ n

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย ข

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

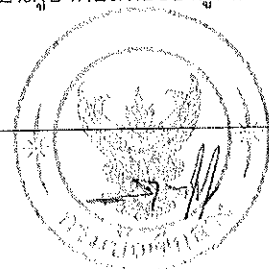
เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) ก ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง



ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ



ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย



ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี



ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



กรณีศึกษาที่ ๑ การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก
(OPD)

ตัวอย่าง

กรณีตัดหน้าบัตรประกันแล้ว

และขออนุมัติเบิกส่วนต่างที่เหลือกับสำนักงาน

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
เลขรับ ๒๓
วันที่ ๑๗/๐๒/๒๕๖๕
เวลา ๐๙:๓๖:๕๓

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๓ ๙๙๙๐๗๙
ที่ สพค.๑๐๑.๑/๐๐๗๘ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอนำส่งใบเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

นางสาว

ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารบัตรเข้าชม ฝ่ายบริการ

สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี มีความประสงค์จะขอเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๖๐ บาท (สองร้อยหกสิบบาทถ้วน) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



จिरาพร พิมสาร

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้ ผู้ปฏิบัติงานรายดังกล่าว โดยได้ชำระโดยวิธีการตัดหน้าบัตร ในวันที่ 16 ก.พ. 65 ที่ได้ทำการรักษา จำนวน 2,000 บาท เต็มวงเงิน OPD แล้ว รายละเอียดปรากฏตามเอกสารดงแนบมาพร้อมนี้ คงเหลือ 260 บาท จึง เห็นควรขออนุมัติเบิกจ่ายกับหน่วยงานต่อไป จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา



ชื่อ เสาวลักษณ์ กิตตินุกูล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๔:๕๙ น.

ความคิดเห็น ทราบและมอบนายชิตดำเนินการตรวจสอบเพื่อเบิกจ่ายต่อไป

ชื่อ เทวลักษณ์ นกไร่

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๑:๑๗ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล 1. ตามที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวน 260 บาท ได้ตรวจสอบหลักฐานเอกสาร เจ้าหน้าที่ได้ใช้สิทธิจากบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำนวน 2,000 บาทเป็นที่เรียบร้อยแล้ว 2. เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ จำนวน 260 บาท ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินต่อไป

ชื่อ ชจิต ห่วงประเสริฐ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๐:๐๒ น.

ความคิดเห็น

ชื่อ เทวลักษณ์ นกไร่

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๒:๓๔ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน ดำเนินการหักงบประมาณเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปี(เงินงบประมาณ) ตามเอกสารแบบการใช้เงินงบประมาณ เลขที่ ผง ๖๕/๐๐๓๐๙ จำนวนเงิน ๒๖๐ บาท ของแผนงานบุคลากรภาครัฐเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารแนบนอกกระบบ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชื่อ ภคมน จรัสเสนากุล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๗:๓๐ น.

ความคิดเห็น เรียน ผอ.สพค งานการเงินตรวจสอบแล้วพบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สำนักงานพัฒนาฟิสิกส์ (องค์การมหาชน) ได้รับจัดสรรงบประมาณแผนบุคลากรภาครัฐ ประเภทค่าใช้จ่ายบุคลากร-เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 3,500,000 บาท สำหรับผู้ปฏิบัติงาน สพค. คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา ขอใช้/เบิกจ่าย/ปรับปรุงงบประมาณแล้ว 1,291,057.29 บาท คงเหลืองบประมาณ 1,708,942.71 บาท ซึ่งมีงบประมาณเพียงพอต่อการขอใช้งบประมาณดังกล่าว 260 บาท คงเหลืองบประมาณ สำหรับดำเนินการ 1,708,682.71 บาท จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชื่อ อรทัย อินต๊ะยศ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๓:๕๐ น.

ความคิดเห็น อนุมิตี

ชื่อ เทวาลักษณ์ นักร้อง

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการ

สำนักงานพัฒนาฟิสิกส์

วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๐:๑๕ น.

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความแท้ที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ไฉนส์ ใจ ตำแหน่ง ช่างเทคนิคในครัว-ภัตตาคาร
สังกัด ฝ่ายบริการ

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ
- ตนเอง
 - คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 - บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 - มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 - บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล)..... ศูนย์ฟื้นฟูหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่

16 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... 260 บาท

(..... สองร้อยหกสิบบาทถ้วน)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... 1 ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน..... 260 บาท (..... สองร้อยหกสิบบาทถ้วน)และ

- (1) ข้าพเจ้า
- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 - เป็นผู้ให้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

- (2)ข้าพเจ้า
- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เลขที่..... พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(นางสาว ๕๖๖)

วันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ ๕๖ พ.ศ. ๒๕๖๕

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. โฉรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสาว ๕๖๖)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)



ศูนย์ศรีพัฒน์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Sriphat Medical Center
 Faculty of Medicine, Chiang Mai University

sriphat.med.cmu.ac.th
โทร (053) 936900-1
 110/392 ถนนอินทริวิเศษ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
 Inthawarorot Rd. Sriphum, Muang, Chiang Mai Thailand 50200


ลำดับเอกสาร **IN 0385978**

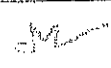
ใบแจ้งหนี้ผู้ป่วยนอก/Outpatient Invoice

ชื่อ/Name : **สม**
 เลขที่/ID No. : **40 3 10 (เด็ก) / 3**
 HN : **0023366** AN : **053-056785**
 ชื่อผู้ชำระเงิน/Payer name : **นางสาว (ชื่อจริง) (นามสกุล) (ชื่อจริง) (นามสกุล)**
 ต. ร. : **(เลขที่) (001181)**
 Plan : **300 ผู้ป่วยนอก (เลขที่) (P00646)**

วันที่/Date : **16/02/2023** 12:46:03
 โทร./No. : **IN053-005085**
 หมายเลขอ้างอิง/Reference No. :
 Visit No: **324**
16/02/2023

รายการ / Description	จำนวนเงิน / Amount
1.1.1(3) ค่ายาตัวผู้ป่วยนอก	1,300.00
1.1.14(2.1) ค่าบริการห้องพยาบาลผู้ป่วยนอก	300.00
1.2.1(1) ค่าตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยนอก	400.00
ไม่ได้รับเงินและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลออกใบรับชำระเงิน	
จำนวนเงินรวมทั้งหมด / Total Amount	2,000.00
ส่วนลด / Discount	0.00
จำนวนเงินสุทธิ / Net Amount	2,000.00
ตัวอักษร / Alphabet	ศูนย์ศรีพัฒน์


 ผู้ป่วย / Patient


 น.ร. **อติวิภา** อางสิทธิ์
 เจ้าหน้าที่ / Cashier



ศูนย์ศรีพัฒน์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Sriphat Medical Center
 Faculty of Medicine Chiang Mai University

รหัสเอกสาร
 FM-MD-031-R-00
 22/03/2561

หน่วยงาน : องค์การแพทย์
 หมายเลขโทรศัพท์ : 0-5393-6900-1

ชื่อเอกสาร: ใบรับรองแพทย์

เลขที่ใบรับรองแพทย์ 6511575

ข้าพเจ้า พญ. ผกามาศ* พสกภักดี

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 29691

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจรักษา

น.ส.

อายุ 40 ปี 10 เดือน

H.N. 323396

โดยรับการตรวจรักษาที่ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ เป็น

ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน

สรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา

หวัด

ให้ยา/พักผ่อน

สรุปความเห็น

ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565

ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ รวม _____ วัน

ได้แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดพักรักษาตัว ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ รวม _____ วัน

ความเห็นอื่น _____

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ออกให้ ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ _____

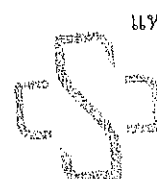
aw

(พญ. ผกามาศ* พสกภักดี)

ลงชื่อ _____

[Signature]

(ผู้รับการตรวจ / ผู้ปกครอง)



แพทย์ผู้ตรวจ

ศูนย์ศรีพัฒน์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Sriphat Medical Center
 Faculty of Medicine Chiang Mai University

ตัวอย่าง

กรณีที ๑ เบิกเคลมกับบริษัทประกันได้หมด

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

เลขรับ ๙๒

วันที่ ๐๔/๐๓/๒๕๖๕

เวลา ๑๔:๒๒:๑๑

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๓ ๙๙๙๐๗๙

ที่ สพค.๑๐๑.๒/๐๑๔๖

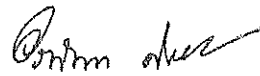
วันที่ ๐๔ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง นาย ขอส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

ด้วยนาย *[Signature]* ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าจุดบริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนซ์ซาฟารี ขอส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนเงิน 978.- บาท รายละเอียดตามแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



อรกัญญา สิริเจริญ

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล งานบริหารทรัพยากรบุคคล ได้นำส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนฯ ให้ บมจ.เมืองไทยฯ ตามหนังสือที่ สพค.01/262 ลว. 15 มี.ค.65 และ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้ผู้ปฏิบัติงานรายดังกล่าวผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย ในวันที่ 28 มี.ค.65 จำนวน 978 บาท เรียบร้อยแล้ว จึงเรียนมาเพื่อทราบ



ชื่อ เสาวลักษณ์ กิตติบุญกุล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๑:๓๗ น.

ความคิดเห็น ทราบ



ชื่อ เทวลักษณ์ นักร้อง

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๕:๑๓ น.

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า... นาย... ตำแหน่ง...
สังกัด... ฝ่ายบริหารบุคคล มีประจำตัวประชาชน...

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

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

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
ป่วยเป็นโรค... 23 กุมภาพันธ์ 2565

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล)... 778
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☑ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่... 23 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่...
(23 กุมภาพันธ์ 2565) เป็นเงินรวมทั้งสิ้น... 978 บาท
(2 เกือบครึ่งปีแล้ว) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน... 7... บาท

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ☑ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
☐ เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน... 978 บาท (2 เกือบครึ่งปีแล้ว) และ

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า
สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4.

ณ

ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

5.

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6.

ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Medicine Chiang Mai University

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
110 ถนนสันนิบาตราชประชาสรรค์ เชียงใหม่ 50200
110 Sutawong Rd. Chiang Mai 50200
โทร: 053 256123

วันที่ 23 เมษายน 2565 11:33

วันที่
Date

ได้รับเงินจาก
Received from

รวม

เลขที่โรงพยาบาล
Hospital identification number
ได้รับเงินระบุตัวตนแล้ว
Verified by

2910668



ลงชื่อ
Signature

ผู้รับเงิน
Cashier

นายวราณ คุ้มใจดี

ตำแหน่ง
Position

เจ้าหน้าที่การเงิน

แจ้งให้ทราบว่า การชำระเงินโดยเช็คจะถูกบันทึกเป็นเงินจริงเมื่อได้รับเงินจากธนาคาร
In the payments were made by cheque this receipt will be valid only when the cheque is banked.

No. of Document

คำศัพท์เอกสาร

64-0477035

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ใบเสร็จรับเงิน
Receipt

เลขที่

เลข 05/1056

Chiang Mai University (CMU)

ลำดับที่

รายการ (Description)

1	จ่ายค่าตรวจพิเศษ (พิเศษ) (11)	15.00
2	จ่ายค่าตรวจพิเศษ (พิเศษ) (พิเศษ) (11)	803.00
3	จ่ายค่าตรวจพิเศษ (พิเศษ) (55020)	100.00

9/5 00

1 10/10
10/10

ใบรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ขอรับรอง ใบสั่งยา ชื่อ ยาน

HN 2915668 FXN 918054417

มาตรา ๖๖ แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๕ บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๑-๐๒-๒๐๒๒

Celebrex Cap 200 mg (525.00)

เหตุผล - มีผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ใช้ยาตามข้อบ่งชี้ของยาหลักแห่งชาติครบตามเวชระเบียนแล้ว

Myonal Tab 50 mg (338.00)

เหตุผล - มีผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ใช้ยาตามข้อบ่งชี้ของยาหลักแห่งชาติครบตามเวชระเบียนแล้ว



หนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

NR

โรงพยาบาลสมหาราชนครเชียงใหม่

ข้าพเจ้า นพ./พญ.

วรรณ ใจดีธรรม

ได้ทำการรักษาผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล

QR code and stamp area containing:

- 2915668
- 23-02-2022 11:37
- ช 51y
- หน้า
- Barcode
- (55,825824 1911)

H.N.

ขอรับรองว่าจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติดังกล่าวตามเหตุผลต้นแบบ จ.ร.ง

(ลงชื่อ) นพ. วรรณ ใจดีธรรม แพทย์ผู้รักษา

วันที่ 23 เดือน ก.พ พ.ศ. 2565

ชื่อผู้ป่วย นาย อายุ 50 ปี HN 2915668 TXN 918054437

ผู้จ่าย ชำระเงิน

รับการรักษาวันที่ 23 กพ. 2565 เวลา 07:57 ที่ห้องตรวจ OPD เบอร์ 10 \$

รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน
ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED1)	15.00	
Beramol Tab 500 mg	30	15.00
ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(NR)	863.00	
Celebrex Cap 200 mg	20	525.00
Myonal Tab 50 mg	30	338.00
ค่าบริการผู้ป่วยนอก (55020)	100.00	
ค่าบริการผู้ป่วยนอก	1	100.00

รวม **เก้าร้อยเจ็ดสิบแปดบาทถ้วน** 978.00

ตามใบเสร็จเลขที่ รด.65-233056

เอกสารนี้ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน



ลงชื่อ.....

(กมลวรรณ คำทิพย์)

เจ้าหน้าที่

เล่มที่ 1301

เลขที่ 42



โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Faculty of Medicine Chiang Mai University
เลขที่ 110 ถนนอินทวโรสุ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
110 Intawaroros Rd. Tambol Sripum, Amphoe Muang, Chiang Mai
โทรศัพท์ 0-5393-6150 โทรสาร 0-5393-5123
Tel. 0-5393-6150 Fax. 0-5393-5123

ใบรับรองแพทย์

ชื่อแพทย์ นายแพทย์ วิชาญ ใจดี วันที่ 23 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2565
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 6222
ประจำโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการตรวจรักษา
ผู้ป่วยชื่อ นางสาว นงนุช นงนุช
เพศ ชาย หญิง อายุ 51 เลขที่โรงพยาบาล 241519
วันที่เข้ารับการตรวจรักษา 23/2/65 ห้องตรวจ 10
การวินิจฉัยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ความคิดเห็นของแพทย์
 ไม่มีความจำเป็นต้องพักรักษาในโรงพยาบาล
 ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
 ให้พักรักษาตัวที่บ้าน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
 ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดงาน
 ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือสถานะของจิตใจถาวร
 อื่นๆ

(ลงชื่อ) วิชาญ ใจดี
(.....)
แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดบันทึกการวินิจฉัยโรค, การรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งความเห็น
ลงในบัตรตรวจโรคของโรงพยาบาลทุกครั้งเมื่อออกใบรับรองแพทย์



เมอไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖
เลขที่ใบอนุญาต: ๒๒๖๖

ร้อง การจ่ายค่าสินไหมทดแทนประกันสุขภาพกลุ่ม
เรียน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

กรมธรรม์เลขที่ 00114753

Group : G10-0221 Account : A13-1120 สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

SEQ.	Payment No.	Claim No.	Payment Date	Claim Date	Employee No	Name - Surname	Plan	Treatment Date	Incur Amt.	Approve Amt.	Payin Name	PayEffect Date	Remark
1	VN2203-4399	HCN2203-15615	24/03/2565	22/03/2565			PH001	03/03/2565	1,860.00	1,800.00	KTB - 547143XXXX	28/03/2565	ไม่คุ้มครอง ค่าใบรับรองแพทย์ 60.-
2	VN2203-4399	HCN2203-15615	24/03/2565	22/03/2565			PH001	28/02/2565	4,150.00	2,000.00	KTB - 547143XXXX	28/03/2565	
3	VN2203-4399	HCN2203-15615	24/03/2565	22/03/2565		นาย	PH001	23/02/2565	978.00	978.00	KTB - 549009XXXX	28/03/2565	
4	VN2203-4399	HCN2203-15615	24/03/2565	22/03/2565			PH001	27/10/2564	327.50	260.00	KTB - 549009XXXX	28/03/2565	ไม่คุ้มครอง Gaba Pentin 67.50.-
5	VN2203-4399	HCN2203-15615	24/03/2565	22/03/2565			PH001	07/03/2565	1,970.00	920.00	KTB - 787021XXXX	28/03/2565	ไม่คุ้มครอง Folic 150.- Zinc 300.-, B-co 300.-, Betalol 300.-
6	VN2203-4399	HCN2203-15615	24/03/2565	22/03/2565			PH001	15/02/2565	900.00	900.00	KTB - 787021XXXX	28/03/2565	

จำนวนเงินรวม 10,185.50 6,838.00

ขอแสดงความนับถือ
บันทึกโดย พุทธิศรี บัวครุฑ
เบอร์ติดต่อ 4384
พิจารณาโดย พุทธิศรี บัวครุฑ
ที่เริ่มต้นใหม่สุขภาพของกลุ่มของทางเคมตรง

ตัวอย่าง

กรณีที่ ๒ เบิกเคลมกับบริษัทประกันไม่ได้

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

เลขรับ ๕๓

วันที่ ๒๗/๐๑/๒๕๖๕

เวลา ๐๙:๕๗:๔๔

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๓ ๙๙๙๐๗๙
ที่ สพค.๑๐๑.๑/๐๐๓๗ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอนำส่งใบเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

นาย ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ขับรถบริการ ฝ่ายบริการ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี มีความประสงค์จะขอเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑,๖๒๒.๕๐ บาท (หนึ่งพันหกร้อยยี่สิบสองบาทห้าสิบบาท) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



จิราพร พิมสาร

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล งานบริหารทรัพยากรบุคคล ได้นำส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนฯ ให้ บมจ.เมืองไทยฯ ตามหนังสือที่ สพค.01/71 ลว. 2 ก.พ. 65 และบมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ สาเหตุปรากฏตามเอกสารดังแนบมาพร้อมนี้ จึงเห็นควรขออนุมัติเบิกจ่ายกับหน่วยงานต่อไป จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

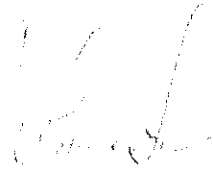


ชื่อ เสาวลักษณ์ กิตติคุณกุล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๓:๑๙ น.

ความคิดเห็น ทราบและมอบนายชิตตวรจสอบและเบิกจ่ายต่อไป




ชื่อ เทวลักษณ์ นักร้อง

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๖:๕๕ น.

ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคม (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) 1. ตามที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวน 1,622.50 บาท ได้ตรวจสอบหลักฐานเอกสาร เจ้าหน้าที่ไม่สามารถใช้สิทธิจากบริษัทเมืองไทยประกันชีวิตได้ เนื่องจากเป็นรายการยาที่ไม่คุ้มครอง 2. เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ จำนวน 1,622.50 บาท ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินต่อไป

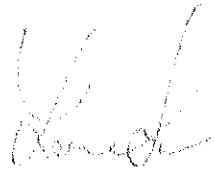


ชื่อ ขจิต ห่วงประเสริฐ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ๐๘:๕๐ น.

ความคิดเห็น



ชื่อ เทวลักษณ์ นักร้อง

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๐:๓๕ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน ดำเนินการหักงบประมาณเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปี(เงินงบประมาณ) ตามเอกสารแบบการใช้เงินงบประมาณ เลขที่ ผง ๖๕/๐๐๓๒๑ จำนวนเงิน ๑,๖๒๒.๕๐ บาท ของแผนงานบุคลากรภาครัฐเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารแนบนอกระบบ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



ชื่อ ภคมน จรัสเสนากุล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ ๐๘:๑๙ น.

ความคิดเห็น เรียง ผอ.สพค งานการเงินตรวจสอบแล้วพบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สำนักงานพัฒนาพืงคนคร (องค์การมหาชน) ได้รับจัดสรรงบประมาณแผนบุคลากรภาครัฐ ประเภทค่าใช้จ่ายบุคลากร-เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 3,500,000 บาท สำหรับผู้ปฏิบัติงาน สพค. คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา ขอใช้/เบิกจ่าย/ปรับปรุงงบประมาณแล้ว 1,828,481.54 บาท คงเหลืองบประมาณ 1,671,518.46 บาท ซึ่งมีงบประมาณเพียงพอต่อการขอใช้งบประมาณดังกล่าว 1,622.50 บาท คงเหลืองบประมาณ สำหรับดำเนินการ 1,669,895.96 บาท จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชื่อ อรทัย อินต๊ะยศ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๔:๓๖ น.

ความคิดเห็น อนุมัติ

ชื่อ เทวาลักษณ์ นกไร่

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการ

สำนักงานพัฒนาพืงคนคร

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๑:๒๒ น.

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง พนักงานขับรถจาก
สังกัด ส.ส.4

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

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

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค..... โรคหัวใจ

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล) สว.ม.สง

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทหารราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ 1 25 ๖๕ ถึงวันที่

25 ๖๕ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 1622.50 บาท

(หน้าพันหก ร้อย สิบสอง บาท ห้าสิบสอง สต.) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน 1 ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....)และ

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

4. เลขที่..... พ.อ. ๒๖๓๑.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่ 26 เดือน ๒๐ พ.ศ. ๒๕

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)



โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 ถนนสายท่าขนอน ตำบลท่าขนอน
 อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 โทรศัพท์ 0 7731 5100 โทรสาร 0 7731 5101



ใบเสร็จรับเงิน
 1/1

351

025

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โทรสาร
 131 ถนนสายท่าขนอน ตำบลท่าขนอน
 อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 โทร. 0 7731 5100 โทรสาร 0 7731 5101

วันที่รับเงิน 25 เดือน/ปี พ.ศ. มกราคม 2565 เวลา 9:36:40

ใบเสร็จรับเงิน
 Receipt Form

HM 6204466

ลำดับที่	รายละเอียด	จำนวนเงิน	รวม
1	ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ		150.00
2	ค่าบริการทางพยาบาล (55020)	50.00	50.00
3	ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง (55830)	20.00	
4	ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ		1,422.50
รวม/Total Amount		70.00	1,622.50
(ทั้งนี้ทั้งนี้เพื่อยืนยันค่าสิ่งของบางตัวที่สืบเสาะต่าง)			1,692.50

เงินสด 1,692.50

นางอำภา บุญชัย
 ช่างรับเงิน บ.2

1/1



ใบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสวนปรุง



ชื่อผู้ป่วย :
อายุ : 60 ปี เลขบัตรประชาชน :
ที่อยู่ : 72 บ้านทองกาย หมู่ 1 ต.หนองควาย อ.หางดง จ.เชียงใหม่
สิทธิการรักษา : เบิกได้
การวินิจฉัยหลัก : [F3200] Mild depressive episode, Without somatic symptoms
แพทย์ผู้ตรวจ : น.พ.ภูมินทร์ ชลาชีวะ

HN : 6204466 VN : 650125083427
วันที่มารับบริการ 25 มกราคม 2565 เวลา : 08:34 น.
เลขที่ Refer คิว : 64
สถานพยาบาลหลัก

เบิกได้		จำนวน	ชำระเอง เบิกได้	ถูกหนี้สิทธิ	ชำระเอง เบิกไม่ได้	จำนวนสุทธิ
[09] ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ						
246778	lorazepam 1 mg tab (Anta 1.0)	75	75.00			75.00
736949	AMlriptyline 10 mg tab [GPO]	75	75.00			75.00
			150.00			150.00
[12] ค่าบริการทางพยาบาล						
	ค่าส่วนเกินค่าบริการพยาบาล	1			50.00	50.00
55020	ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	1	50.00			50.00
			50.00		50.00	100.00
[16] ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง						
55830	การตรวจเพื่อออกใบรับรองแพทย์	1			20.00	20.00
					20.00	20.00
[17] ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ						
470140	[B][Valosine SR] Venlafaxine SR 75 mg cap	70	1,295.00			1,295.00
781847	[B]Alprazolam 0.5 mg tab	85	127.50			127.50
			1,422.50			1,422.50
รวมทั้งสิ้น			1,622.50		70.00	1,692.50
รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) หนึ่งพันหกร้อยเก้าสิบสองบาทห้าสิบสตางค์						

ใบเสร็จ 351 / 25 เป็นเงิน 1692.5 บาท
ค้างชำระ 0 บาท
APPROVED :

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้รับยาแทน
(.....ส.ต.สมพงษ์ จันไทย.....)



โรงพยาบาลสวนปรุง
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ _____

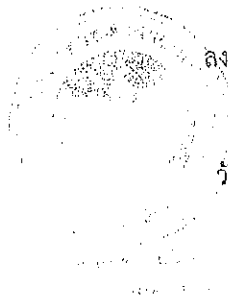
หนังสือรับรองเพื่อประกอบการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้าพเจ้า น.พ.ภูมินทร์ ชลาชีวะ เลขใบประกอบโรคศิลป์ ว13942 ได้ทำการตรวจรักษา
ผู้ป่วยชื่อ _____ หมายเลขบัตรประชาชน _____ HN 6204466
ประเภท ผู้ป่วยนอก AN _____ ซึ่งได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เมื่อ
เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2565 โรคที่ได้รับการวินิจฉัย F3200 : Depressive episode Mild depressive episode
Mild depressive episode, Without somatic symptoms

ขอรับรองว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังรายการต่อไปนี้ คือ

1	<u>Alprazolam 0.5 mg tab</u>	เหตุผล _____	จำนวน <u>85</u>	มูลค่า _____	<u>127.50</u> บาท
2	<u>Ventafaxine SR 75 mg cap [Valosine SR 75]</u>	เหตุผล _____	จำนวน <u>70</u>	มูลค่า _____	<u>1,295.00</u> บาท
รวม					<u>1,422.50</u> บาท

ข้าพเจ้าพิจารณาแล้ว เห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามรายการข้างต้นจริงได้ลงบันทึก
บันทึกข้อบ่งชี้และเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาตินี้ในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กรมบัญชีกลาง
กระทรวงการคลัง (หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว111 ลงวันที่ 24 กันยายน 2555) และโรงพยาบาลสวนปรุง
กำหนดไว้แล้ว รับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ



ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ส่งยา
(น.พ.ภูมินทร์ ชลาชีวะ)
วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2565

หมายเหตุ

- เกิดการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้กับบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐาน
- ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา
- ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาบัญชีอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น
(contraindicated/ serious /major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
- ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
- ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

ที่ 30711/2565.....



ใบรับรองแพทย์สำหรับลาป่วย

วันที่ 25 มกราคม 2565

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... น.พ.ภูมินทร์ ชลาชีวะ.....

แพทย์ปริญญา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ว13942.....

สถานที่ปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลสวนปรุง อ.เมือง จ.เชียงใหม่

ได้ตรวจร่างกายของ.....

ตำแหน่ง.....แผนก.....

กรม.....กระทรวง.....

HN..... 6204466..... AN..... เมื่อวันที่ 25..... เดือน มกราคม..... พ.ศ. 2565.....

ปรากฏว่ามีอาการ..... - Mild depressive episode. Without somatic symptoms.....

.....Non-insulin-dependent diabetes mellitus...NIDM. Without complications.....

.....Essential-(primary)-hypertension.....

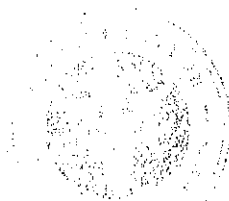
เห็นว่า.....

.....

.....

สมควรให้หยุดงานวันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา _____ วัน

มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุงจริง



(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้ตรวจ

(..... น.พ.ภูมินทร์ ชลาชีวะ.....)

โปรดบันทึกการวินิจฉัย, การรักษาของผู้ป่วย, พร้อมทั้งความเห็นของแพทย์ ลงในบัตรตรวจโรค

ของโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อออกใบรับรองแพทย์



วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565

ที่ HC22-003935 (RG2202-08305)
เรื่อง การพิจารณาจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล
เรียน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

บริษัทฯ มีความเสียใจเป็นอย่างยิ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการเรียกร้องของพนักงานของท่าน โดยได้พิจารณาจากเงื่อนไขสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพกลุ่มที่ท่านได้ทำประกันไว้ ด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้

ชื่อผู้เรียกร้อง

นาย

สาเหตุ

เป็นรายการยาที่ไม่คุ้มครอง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(สิริกาญจน์ พุณทรัพย์)

ผู้บริหาร ทีมสินไหมชดเชยมาพรายกลุ่มช่องทางเคลมตรง

ตัวอย่าง

กรณีที ๓ เบิกเคลมกับบริษัทประกันได้บางส่วน

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

เลขรับ ๘๑

วันที่ ๐๔/๐๒/๒๕๖๕

เวลา ๑๔:๕๗:๓๓

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๓ ๙๙๙๐๗๙

ที่ สพค.๑๐๑.๒/๐๐๗๙

วันที่ ๐๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

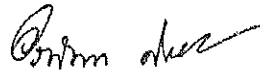
เรื่อง นาย: . ขอส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

ด้วยนาย ปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่สัตวบาล ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี ขอส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 2,255

บาท รายละเอียดตามแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



อรกัญญา ศิริเจริญ

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล งานบริหารทรัพยากรบุคคล ได้นำส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนฯ ให้ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ตามหนังสือที่ สพค.01/107 ลว. 14 ก.พ. 65 โดยใบเสร็จรับเงิน เลขที่ รต.65-193104 ลว.31 ม.ค.65 จำนวน 2,000 บาท บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้ผู้ปฏิบัติงานรายดังกล่าวผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เมื่อวันที่ 25 ก.พ.65 คงเหลือใบเสร็จรับเงิน เลขที่ รต.65-193898 ลว.31 ม.ค.65 จำนวน 255 บาท เห็นควรขออนุมัติเบิกจ่ายกับหน่วยงานต่อไป รายละเอียดปรากฏตามเอกสารดังแนบมาพร้อมนี้ จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณา

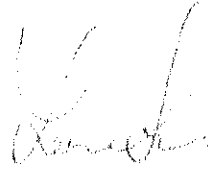


ชื่อ เสาวลักษณ์ กิตตินุกูล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๕:๒๐ น.

ความคิดเห็น ทราบและมอบนายชิตดำเนินการตรวจสอบเพื่อเบิกจ่ายต่อไป



ชื่อ เทวลักษณ์ นกไร่

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๘:๐๒ น.

ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) 1. ตามที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวน 2,255 บาท ได้ตรวจสอบหลักฐานเอกสาร เจ้าหน้าที่ได้ใช้สิทธิจากบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำนวน 2,000 บาทเป็นที่เรียบร้อยแล้ว 2. เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ จำนวน 255 บาท ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินต่อไป

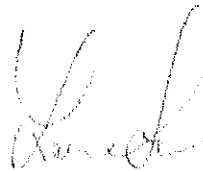


ชื่อ ชชิต ห่วงประเสริฐ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ๐๘:๕๒ น.

ความคิดเห็น

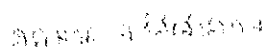


ชื่อ เทวลักษณ์ นกไร่

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๐:๓๕ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน ดำเนินการหักงบประมาณเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสอบสุขภาพประจำปี(เงินงบประมาณ) ตามเอกสารแบบการใช้เงินงบประมาณ เลขที่ ผง ๖๕/๐๐๓๒๒ จำนวนเงิน ๒๕๕ บาท ของแผนงานบุคลากรภาครัฐเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารแนบนอกระบบ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

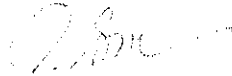


ชื่อ ภคมน จรัสเสนากุล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ ๐๘:๒๖ น.

ความคิดเห็น เรียน ผอ.สพค งานการเงินตรวจสอบแล้วพบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สำนักงานพัฒนาฟิงคนคร (องค์การมหาชน) ได้รับจัดสรรงบประมาณแผนบุคลากรภาครัฐ ประเภทค่าใช้จ่ายบุคลากร-เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 3,500,000 บาท สำหรับผู้ปฏิบัติงาน สพค. คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา ขอใช้/เบิกจ่าย/ปรับปรุงงบประมาณแล้ว 1,830,104.04 บาท คงเหลืองบประมาณ 1,669,895.96 บาท ซึ่งมีงบประมาณเพียงพอต่อการขอใช้งบประมาณดังกล่าว 255 บาท คงเหลืองบประมาณ สำหรับดำเนินการ 1,669,640.96 บาท จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

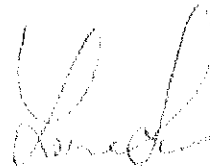


ชื่อ อรทัย อินต๊ะยศ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๔:๓๗ น.

ความคิดเห็น อนุมัติ



ชื่อ เทวาลักษณ์ นักร้อง

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการ

สำนักงานพัฒนาฟิงคนคร

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕ ๑๑:๒๓ น.

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....นาย.....ตำแหน่ง.....หัวหน้างาน.....
 ตั้งเกิด.....เชียงใหม่.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

ตามเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....หัวใจขาดเลือด.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....โรงพยาบาลนครเชียงใหม่.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....31.....กุมภาพันธ์.....2015.....ถึงวันที่.....01.....พฤษภาคม.....2015.....

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....2,250.....บาท

(.....สองพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่เลข จำนวน.....2.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....2,250.....บาท (.....สองพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....)และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแค่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เลข..... พ.อ.ดร.พรเทพใจเอก (พงษ์เนกใจเอก)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และซัดความซัดคัมเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- 4 ก.พ. 2565

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) วัตถุประสงค์

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Medicine, Chiang Mai University

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
110 ถนนอินทวโรรส เชียงใหม่ 50200
110 Intawaroros Rd, Chiang Mai 50200
โทรศัพท์ (053) 935671-2
Tel.
โทรสาร (053) 9357365 09:11
Fax. 37 33652365

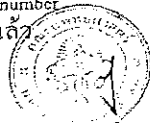
วันที่
Date

เมษายน

ได้รับเงินจาก
Received from

2568239

เลขที่โรงพยาบาล
Hospital identification number
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว
Verified by



ลงชื่อ
Signature

จิวิวัฒน์ ลวงแก้ว

ผู้รับเงิน
Cashier

ตำแหน่ง
Position

เจ้าหน้าที่การเงิน
Finance official

ถ้าชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับเงินตามเช็คนั้นเรียบร้อยแล้ว
If the payments were made by cheque this receipt will be valid only when the cheque is cleared

No. of Document
ลำดับเอกสาร

64- 0458645 **สองพันแปดพันสี่

ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

เลขที่
No. ๖๕-193104

ลำดับที่	รายการ Description	Amount(ThaiBaht) ราคาส่ง (บาท)
1	ค่าตรวจพบห้องปฏิบัติการและพยาธิ(L1)	1 900 00
2	ค่าบริการผู้ป่วยนอก (55020)	100 00

) รวมเงิน
Total

2,000.00



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Medicine, Chiang Mai University

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
110 ถนนอินทวโรธ เชียงใหม่ 50200
110 Intawaroros Rd, Chiang Mai 50200
โทรศัพท์ (053) 935671-2
Tel.
โทรสาร (053) 25583
Fax

วันที่
Date

นาย อดิชากร โสภณ

ได้รับเงินจาก
Received from

2568239

เลขที่โรงพยาบาล
Hospital identification number
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว
Verified by



ลงชื่อ
Signature

กมลวรรณ คำทรัพย์

ผู้รับเงิน
Cashier

ตำแหน่ง
Position

เจ้าหน้าที่การเงิน
บัญชี

ถ้าชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับเงินคืนจากธนาคารเรียบร้อยแล้ว
If cleared by cheque, this receipt will be valid only when the cheque is cleared!

No. of Document
ลำดับเอกสาร

64- 0408667
พร้อมห้าสิบห้าบาทถ้วน**

ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

เลขที่ วด. 65-193898
No.

ลำดับที่ รายการ Description

Amount (Thai baht) บาท (บาท)

1 ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED1)

255.00

) รวมเงิน
Total

255.00

21/11/65

0929 126L

12:28:32

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย **รายการรักษาทั้งหมด**

อายุ 49 ปี

HN 2568239

TXN 917934035

ผู้ป่วย นาย
ชำระเงิน สิ้นทราบ#
รับการรักษาวันที่ 31 มค. 2565

เวลา 00:30

ที่ห้องตรวจ ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 4 (เบอร์...

	จำนวน	จำนวนเงิน
รายการ	255.00	
ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED1)	60	105.00
Amanda Cap 50 mg	120	150.00
DiPazide Tab 5 mg *ยาเบาหวาน*	1,900.00	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิ(L1)	1	110.00
(30101) CBC (Central Lab)	1	0.00
L1901 Chemistry (Lithium Heparin จุกสีเขียว)	1	50.00
(32203) Glucose	1	60.00
(32202) Creatinine	1	60.00
(34301) Total Protein	1	60.00
(32403) Albumin	1	60.00
(32309) Alkaline Phosphatase	1	80.00
(32501) Cholesterol	1	60.00
(32310) AST (GOT)	1	60.00
(32311) ALT (GPT)	1	60.00
(32208) Total Bilirubin	1	60.00
(32207) Direct Bilirubin	1	80.00
(32502) Triglyceride	1	80.00
(32501) Cholesterol_	1	120.00
(32503) HDL-Chol	1	180.00
(32504) LDL-Chol	1	720.00
(37307) CA19-9	100.00	
ค่าบริการผู้ป่วยนอก	1	100.00
(55020) ค่าบริการผู้ป่วยนอก		

รวม

สองพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน

2,255.00

ตามใบเสร็จเลขที่ รค.65-193104,รค.65-193898

เอกสารนี้ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน



ลงชื่อ.....

(กมลวรรณ คำทิพย์)

เจ้าหน้าที่

0968

เล่มที่

เลขที่ 47



โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Faculty of Medicine Chiang Mai University
 เลขที่ 110 ถนนอินทวโรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
 110 Intawaroros Rd. Tambol Sriphum, Amphoe Muang, Chiang Mai
 โทรศัพท์ 0-5393-6150 โทรสาร 0-5393-5123
 Tel. 0-5393-6150 Fax. 0-5393-5123

ใบรับรองแพทย์

ชื่อแพทย์ เจษฎา ใจสูงระดม วันที่ 31 เดือน ธ.ค. พ.ศ. 2565

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่
 ประจำโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการตรวจรักษา

ผู้ป่วยชื่อ นาย

เพศ ชาย หญิง อายุ 90 เลขที่โรงพยาบาล 2568229

วันที่เข้ารับการตรวจรักษา 31/12/2565 ห้องตรวจ 26

การวินิจฉัยโรค 22.เรื้อรังหัวใจ 2.เบาหวาน

ความคิดเห็นของแพทย์

ไม่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ให้พักรักษาตัวที่บ้าน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดงาน

ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือสภาวะของจิตใจถาวร

อื่นๆ

(ลงชื่อ) เจษฎา ใจสูงระดม
 แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดบันทึกการวินิจฉัยโรค, การรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งความเห็น
 ลงในบัตรตรวจโรคของโรงพยาบาลทุกครั้งที่ยอกใบรับรองแพทย์



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เมืองไทยประกันชีวิต
100 หมู่ 10 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร: 02-252-1000 โทรสาร: 02-252-1001
www.muangthailife.co.th

Date : 23/02/2565 09:04:30

Page : 1

เรื่อง การจ่ายค่าสินไหมทดแทนประกันสุขภาพกลุ่ม

เรียน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

กรมธรรม์เลขที่

00114753

Group : G10-0221

Account : A13-1120

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

SEQ.	Payment No.	Claim No.	Payment Date	Claim Date	Employee No.	Name - Surname	Plan	Treatment Date	Incur Amt.	Approve Amt.	Payin Name	PayEffect Date	Remark
1	VN2202-4110	HCN2202-12995	23/02/2565	18/02/2565		น.ส.	PH001	02/02/2565	540.00	540.00	KTB - 549006XXXX	25/02/2565	
2	VN2202-4110	HCN2202-12995	23/02/2565	18/02/2565		นาง	PH001	03/02/2565	800.00	800.00	KTB - 549009XXXX	25/02/2565	
3	VN2202-4110	HCN2202-12995	23/02/2565	18/02/2565		นาย	PH001	31/01/2565	2,255.00	2,000.00	KTB - 547143XXXX	25/02/2565	
4	VN2202-4110	HCN2202-12995	23/02/2565	18/02/2565		นาย	PH001	08/02/2565	1,100.00	1,100.00	KTB - 549008XXXX	25/02/2565	
5	VN2202-4110	HCN2202-12995	23/02/2565	18/02/2565		น.ส.	PH001	08/02/2565	1,100.00	1,100.00	KTB - 787010XXXX	25/02/2565	
จำนวนเงินรวม									5,795.00	5,540.00			

ขอแสดงความนับถือ

บันทึกโดย พุทธิศรี บัวครุฑ

เบอร์ติดต่อ 4384

พิจารณาโดย วันทนา กงสกุล

ทีมสินไหมสุขภาพรายกลุ่มช่องทางเคมตรง

กรณีศึกษาที่ ๒ การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
(IPD)

ตัวอย่าง
การออกหนังสือส่งตัวผู้ปฏิบัติงาน
เข้ารับการรักษาพยาบาล

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

เลขที่รับ ๔๑๗๑๘

วันที่ ๐๔/๐๗/๒๕๖๕

เวลา ๐๙:๑๐:๔๓

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร

โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๓ ๙๙๙๐๗๙

ที่ สพค.๑๐๑.๒/๐๔๐๕

วันที่ ๐๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตส่งตัวนาย

เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร

เชียงใหม่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

ด้วยนาย

ปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่สัตวบาล ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่

ใหม่ในท่าซาฟารี มีความประสงค์จะขออนุญาตส่งตัวเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร

เชียงใหม่ ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เนื่องจากเป็นมะเร็งถุงน้ำดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



อรกัญญา ศิริเจริญ

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) งานบริหารทรัพยากรบุคคลได้ตรวจสอบสิทธิแล้ว เห็นควรพิจารณาลงนามในหนังสือส่งตัวตามที่แนบมาพร้อมนี้



ชื่อ ชชิต ห่วงประเสริฐ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๐๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๑๑:๒๘ น.

ความคิดเห็น



ชื่อ เทวาลักษณ์ นักร้อง
ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล
วันที่ ๐๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๑๗:๔๕ น.

ความคิดเห็น ลงนามแล้ว

ชื่อ สายสิทธิ์ เจตสิกทัต
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนครและผู้อำนวยการสำนักบริหาร
งานกลาง ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร
วันที่ ๐๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๑๒:๕๑ น.

ความคิดเห็น ได้ดำเนินการออกเลขหนังสือแล้วตาม หนังสือที่ สพค. ๐๑/๗๑๖ เรื่อง หนังสือรับรองการมีสิทธิ
รับเงินค่ารักษาพยาบาล ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

อนุสรณ์ เจริญศรี

ชื่อ อนุสรณ์ เจริญศรี
ตำแหน่ง จ้างเหมาช่วยปฏิบัติงานบริหารงานทั่วไป
วันที่ ๐๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๑๗:๐๑ น.



หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

สพค ๐๑ /สป/๖)

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

๗) กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ด้วย นาย. ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วย
ภายในและขอออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า นาย. ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สัควบาล ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์
สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี สังกัด สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับเงิน
สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายสำหรับผู้ป่วยรายนี้และขอได้โปรด

- วางฎีกาขอเบิกเงินหรือขอรับเงินจาก
- ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ สปค๑๒/๑) พร้อมใบรับรองแพทย์
ไปเพื่อเบิกเงินชำระหนี้ให้ สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
เลขที่ ๕๕ หมู่ ๗ ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสายสิทธิ์ เจตสิกทัต)

รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร และ
ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานกลาง ปฏิบัติหน้าที่แทน
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

หมายเหตุ : อัตราอุปกรณ์ช่วยเหลือ อัตราค่าบริการสาธารณสุข วัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นวัสดุทางการแพทย์ และรายการหักลดการในท้องฟ้ตัด
เบิกได้ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง

สำนักบริหารงานกลาง สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

โทรศัพท์ : ๐๕๓ - ๒๗๐ ๙๘๐

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)	
เลขรับ ๕๒๘๓๘	รับ ๕/๒๕
วันที่ ๒๒/๐๘/๒๕๖๕	๒๒/๗/๕
เวลา ๐๙:๑๓:๒๘	๑๖ ส.๙ น.

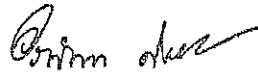
บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาพิงคนคร โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๓ ๙๙๙๐๗๙
ที่ สพค.๑๐๑.๒/๐๕๑๘ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง นาย ขอนหนังสือส่งตัวบุตร เข้ารับการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

ด้วยนาย ปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์
สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี มีความประสงค์ขอนหนังสือส่งตัวบุตร ด.ญ. เข้ารับการรักษา
พยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในวันที่ 20 สิงหาคม 2565 เนื่องจากปอดอักเสบ หายใจเหนื่อย
หอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



อรกัญญา ศิริเจริญ
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) งาน
บริหารทรัพยากรบุคคลได้ตรวจสอบสิทธิแล้ว เห็นควรพิจารณาลงนามในหนังสือส่งตัวตามที่แนบมาพร้อมนี้



ชื่อ ชชาติ ห่วงประเสริฐ
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล
วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ ๐๙:๓๕ น.

ความคิดเห็น

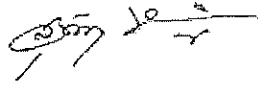


ชื่อ เทวลักษณ์ นักร้อง

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ ๐๙:๔๔ น.

ความคิดเห็น เรียบ ผอ.สพค. เพื่อโปรดพิจารณาลงนามในหนังสือตามที่เสนอมาพร้อมนี้



ชื่อ สุพิชญา หลิมตระกูล

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการและแผนงาน รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ

สำนักบริหารงานกลาง

วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ ๑๓:๑๘ น.

ความคิดเห็น ลงนามแล้ว



ชื่อ จูติรัตน์ ตะวันวงศ์

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนครและผู้อำนวยการสำนักงาน

เชียงใหม่ในทสาฟารี ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ ๑๓:๔๙ น.

3

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
 เลขรับ ๙๔๐๓
 วันที่ ๑๒/๑๐/๒๕๖๔
 เวลา ๑๐:๑๓:๐๘

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
 Pinkanakorn Development Agency (Public Organization)
 ๓๓ หมู่ ๑๒ ตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

2025
 14 ๑๓ ๖๙ 15 24

ที่ ชม ๐๐๓๒.๒/๖๙๔๕ วันที่ ๐๖ ตุลาคม ๒๕๖๔
 เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 เรียน ผอ.สพค.
 โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีหนังสือ ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ นาย
 บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี เป็นเงินจำนวน 93,746 บาท
 รายละเอียดตามเอกสารแนบ

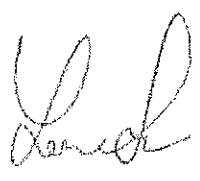
เจ้าหน้าที่

ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) งาน
 บริหารทรัพยากรบุคคล ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามยอดเรียกเก็บ
 จำนวนรวมทั้งสิ้น 93,746 บาท ให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ ต่อไป

ถ่ายเอกสาร
 15 ก.พ. 2565

ชื่อ ชชิต ห่วงประเสริฐ
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล
 วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๖:๓๓ น.

ความคิดเห็น



ชื่อ เทวลักษณ์ นงค์ไธ
 ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล
 วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๔:๒๖ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน ดำเนินการหักงบประมาณเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและ
 ตรวจสอบสุขภาพประจำปี(เงินงบประมาณ) ตามเอกสารแบบการใช้เงินงบประมาณ เลขที่ ผง ๖๕/๐๐๐๑๙ จำนวน
 เงิน ๙๓,๙๔๖ บาท ของแผนงานบุคลากรภาครัฐเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารแนบบนกระบบ จึง
 เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลลิตานันท์ ๑๓/๑๑/๖๕

ความคิดเห็น เรียน ผอ.สพค เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของนาย
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ในท่าฟ้ารี
ระหว่างวันที่ 7 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2564 จำนวน 93,746 บาท ให้กับ โรงพยาบาลนครพิงค์
ตามเอกสารที่แนบเรียนมาพร้อมนี้ และเห็นควรแจ้งงานบริหารทรัพยากรบุคคล ดำเนินการเคลมประกันค่า
รักษาพยาบาลของนายเกรียงไกร จันทร์ตระการ กับ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ในลำดับต่อไป จึงเรียนมาเพื่อ
โปรดพิจารณาอนุมัติ

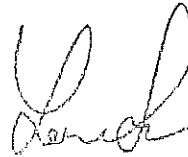


ชื่อ อรทัย อินตะยศ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน

วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๕:๓๓ น.

ความคิดเห็น อนุมัติตามเสนอ



ชื่อ ไพฑลักษ์ณ์ นักรไ
ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติงานแทนผู้อำนวยการ
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร

วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๕:๕๕ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบัญชี ตามที่หัวหน้างานการเงินได้ให้ความเห็น งานบริหารทรัพยากรบุคคล ได้
ดำเนินการประสาน บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต แล้ว ได้ความว่าเนื่องจากใบแจ้งหนี้ของโรงพยาบาลนครพิงค์
เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงาน สพค. จึงเห็นควรให้ สพค. ดำเนินการชำระเงินให้กับโรงพยาบาลนคร
พิงค์ จากนั้นจึงนำใบเสร็จรับเงินจากโรงพยาบาลนครพิงค์ มาดำเนินการส่งเบิกเคลมกับ บมจ.เมืองไทยประกัน
ชีวิต ในลำดับถัดไป จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามที่ได้รับอนุมัติ
แล้ว ให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ ต่อไป

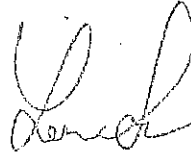


ชื่อ ชชิต ห่วงประเสริฐ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๕:๔๖ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานบัญชี เพื่อโปรดดำเนินการชำระค่ารักษาพยาบาลของนาย ตามใบ
แจ้งหนี้ของโรงพยาบาลนครพิงค์ก่อน เนื่องจากต้องใช้ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ตัวจริง ในการเบิก
เคลมกับ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ทั้งนี้ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลได้ประสานงานกับบริษัทเมืองไทยเบื้องต้น
แล้ว จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



ชื่อ เทวาลักษณ์ นักร้อง
ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติงานแทนผู้อำนวยการ
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร
วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๐:๑๓ น.

จ่ายแล้ว
15 ก.พ. 2565

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

Pinkanakorn Development Agency (Public Organization)

๓๓ หมู่ ๑๒ ตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ที่ ชม ๐๐๓๒.๒/๖๙๔.๕

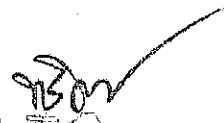
วันที่ ๐๖ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล

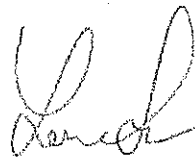
เรียน ผอ.สพค.

โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีหนังสือ ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ นาย เจ้าหน้าที่
บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี เป็นเงินจำนวน 93,746 บาท
รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) งาน
บริหารทรัพยากรบุคคล ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามยอดเรียกเก็บ
จำนวนรวมทั้งสิ้น 93,746 บาท ให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ ต่อไป


จ่ายแล้ว
ชื่อ **ชชิต ทวองประเสริฐ**
ตำแหน่ง **เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล**
วันที่ **๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๖.๓๓ น.**

ความคิดเห็น

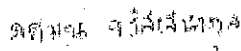


ชื่อ **เทวลักษณ์ นักรไธ**

ตำแหน่ง **หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล**

วันที่ **๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๔:๒๖ น.**

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน ดำเนินการหักงบประมาณเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและ
ตรวจสุขภาพประจำปี(เงินงบประมาณ) ตามเอกสารแบบการใช้เงินงบประมาณ เลขที่ ผง ๖๕/๐๐๐๑๙ จำนวน
เงิน ๙๓,๙๔๖ บาท ของแผนงานบุคลากรภาครัฐเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารแนบนอกระบบ จึง
เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



ชื่อ **ภคมน จรัสเสนากุล**

ตำแหน่ง **เจ้าหน้าที่การเงิน**

วันที่ **๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๔:๓๘ น.**

ความคิดเห็น เรียน ผอ.สพค เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของนาย

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี ระหว่างวันที่ 7 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2564 จำนวน 93,746 บาท ให้กับ โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามเอกสารที่แนบเรียนมาพร้อมนี้ และเห็นควรแจ้งงานบริหารทรัพยากรบุคคล ดำเนินการเคลมประกันค่ารักษาพยาบาลของนายเกรียงไกร จันทร์ตระการ กับ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ในลำดับต่อไป จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ชื่อ อรทัย อินตะยศ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน

วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๕:๓๓ น.

ความคิดเห็น อนุมัติตามเสนอ

ทนาย
ชื่อ ทนายทวารวดี ลักษณ นักไต่สวน
ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติงานแทนผู้อำนวยการ
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร

วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๕:๕๕ น.

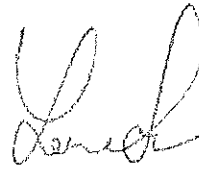
ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) ตามที่ท่านได้ให้ความเห็นงานบริหารทรัพยากรบุคคล ได้ดำเนินการประสาน บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต แล้ว ได้ความว่าเนื่องจากใบแจ้งหนี้ของโรงพยาบาลนครพิงค์ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงาน สพค. จึงเห็นควรให้ สพค. ดำเนินการชำระเงินให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ จากนั้นจึงนำใบเสร็จรับเงินจากโรงพยาบาลนครพิงค์ มาดำเนินการส่งเบิกเคลมกับ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิตในลำดับถัดไป จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามที่ได้รับอนุมัติแล้ว ให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ ต่อไป

ชื่อ ชชิต ห่วงประเสริฐ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๐:๔๕ น.

ความคิดเห็น เรียน หัวหน้าการเงิน ขอโปรดดำเนินการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลกับทางโรงพยาบาลก่อน เนื่องจากต้องใช้ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ตัวจริง ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนสำนักงาน ทั้งนี้ ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลได้ประสานงานกับบริษัทเมืองไทยเบื้องต้นแล้ว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป



ชื่อ เทวลักษณ์ นักร้อง
ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล
วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๑๔:๑๖ น.

จ่ายแล้ว
16 ก.พ. 2565

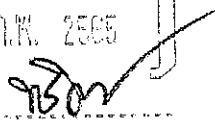
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)	
เลขรับ ๕๑๖๘๔	NO. 1770
วันที่ ๑๒/๑๐/๒๕๖๔	19 ต.ค. 2564
เวลา ๑๐:๑๓:๐๘	16.74 น.

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
 Pinkanakorn Development Agency (Public Organization)
 ๓๓ หมู่ ๑๒ ตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ที่ ชม ๐๐๓๒.๒/๖๔๔๕ วันที่ ๐๖ ตุลาคม ๒๕๖๔
 เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 เรียน ผอ.สพค.


โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีหนังสือ ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ นาย เจ้าหน้าที่
 บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี เป็นเงินจำนวน 93,746 บาท
 รายละเอียดตามเอกสารแนบ

- (๑) ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) งานบริหารทรัพยากรบุคคล ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามยอดเรียกเก็บจำนวนรวมทั้งสิ้น 93,746 บาท ให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ ต่อไป

จ่ายแล้ว
 15 ต.ค. 2565


ชื่อ ชชิต ห่วงประเสริฐ
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล
 วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๖:๓๓ น.

- (๒) ความคิดเห็น



ชื่อ เทวลักษณ์ นกไร่
 ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล
 วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๔:๒๖ น.

- (๓) ความคิดเห็น เรียน หัวหน้างานการเงิน ดำเนินการหักงบประมาณเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตรวจสอบภาพประจำปี(เงินงบประมาณ) ตามเอกสารแบบการใช้เงินงบประมาณ เลขที่ ผง ๖๕/๐๐๐๑๙ จำนวนเงิน ๙๓,๗๔๖ บาท ของแผนงานบุคลากรภาครัฐเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารแนบขอระบบ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

อธิบดี อธิบดี

ชื่อ ภคมน จรัสเสนากุล

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๔:๓๘ น.

๒) ความคิดเห็น เรียน ผอ.สพค เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของนาย
_____ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี
ระหว่างวันที่ 7 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2564 จำนวน 93,746 บาท ให้กับ โรงพยาบาลนครพิงค์
ตามเอกสารที่แนบเรียนมาพร้อมนี้ และเห็นควรแจ้งงานบริหารทรัพยากรบุคคล ดำเนินการเคลมประกันค่า
รักษาพยาบาลของนายเกรียงไกร จันทร์ตระการ กับ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ในลำดับต่อไป จึงเรียนมาเพื่อ
โปรดพิจารณาอนุมัติ

ชื่อ อรทัย อินตียาศ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน

วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๕:๓๓ น.

๒) อนุมัติ ตามเสนอ

นางสาวอรทัย อินตียาศ
 หัวหน้างานการเงิน
 ๒๐ ต.ค. ๒๕๖๔

งานการรับ
 เลขรับ Pe - 1104
 วันที่ 19 ต.ค. 2564
 เวลา 9.55 น.

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
 เลขรับ ๕๑๕๑๗
 วันที่ ๑๒/๑๐/๒๕๖๔
 เวลา ๑๐:๑๓:๐๘

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
 Pinkanakorn Development Agency (Public Organization)
 ๓๓ หมู่ ๑๒ ตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ที่ ชม ๐๐๓๒.๒/๖๔๔๕ วันที่ ๐๖ ตุลาคม ๒๕๖๔

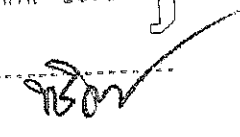
เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผอ.สพค.

โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีหนังสือ ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ นาย..... เจ้าหน้าที่
 บริหารสวัสดิภาพสัตว์ ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี เป็นเงินจำนวน 93,746 บาท
 รายละเอียดตามเอกสารแนบ

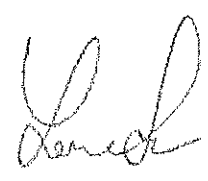
ความคิดเห็น เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (ผ่านหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล) งาน
 บริหารทรัพยากรบุคคล ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติเปิดจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามยอดเรียกเก็บ
 จำนวนรวมทั้งสิ้น 93,746 บาท ให้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ ต่อไป

15 ต.ค. 2565



ชื่อ ชิต ห่วงประเสริฐ
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล
 วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๖:๓๓ น.

ความคิดเห็น



ชื่อ เทวลักษณ์ นักรไ้
 ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล
 วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ ๑๔:๒๖ น.

1770
12/10/62
11.136



ที่ ชม 0032.2/.....

โรงพยาบาลนครพิงค์
159 หมู่ 10 ต. โขตนา ต.คอนแก้ว
อ.แมริม จ.เชียงใหม่ 50180

เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล

๕ ตุลาคม ๒๕๐๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

เรื่องที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ บก.ชล2) จำนวน 1 ชุด

ตามที่ สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) ได้ส่งผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ไปรับบริการ
รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ดังรายละเอียดดังนี้.-

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย	เลขที่หนังสือส่งตัว	ลงวันที่	จำนวนเงิน
1	นาย	สพค 01/761	8 กันยายน 2564	93,746.00
รวม				93,746.00

โรงพยาบาลนครพิงค์ ขอเรียนว่าได้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น 746.00 (เก้าหมื่นสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทถ้วน) **จ่ายแล้ว**
ฉะนั้น จึงขอได้โปรดนำเงินค่ารักษาพยาบาลจำนวน 93,746.00 (เก้าหมื่นสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทถ้วน) ระบุให้แก่โรงพยาบาลนครพิงค์ ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ ชัดข้อประการใด โปรดแจ้งให้โรงพยาบาลนครพิงค์ ทราบด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิชาติ มูลพอง)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

งานการเงิน

053-999237 ต่อ 2256

โทร 053-999237

64/10/03 ๕E 871

- เหตุ: 1.กรณีจ่ายเช็ค โปรดส่งจ่ายในนาม "โรงพยาบาลนครพิงค์"
- 2.กรณีโอนเงิน โปรดโอนเงินเข้าบัญชี บมจ.กรุงไทย (สาขาแมริม) บัญชีเลขที่ 515-1-04895-3 ชื่อบัญชี "โรงพยาบาลนครพิงค์"

(แบบ บก.ชล.2)

ที่ ชม 0032.2/ 6945

ใบแจ้งหนี้รายการค่ารักษาพยาบาล



CER64-003125

โรงพยาบาลนครพิงค์

159 หมู่ 10 ต.ดอนแก้ว อ.แมริม จ. เชียงใหม่

6 ต.ค. 2564

เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

ตามหนังสือรับรองของ สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) เลขที่ สพค 01/761 ลงวันที่ 8 กันยายน 2564

สถานพยาบาลขอรับเงินของ นาย เลขที่ HN 5445364 AN 6434119

เป็น ตนเอง ของ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารสวัสดิภาพสัตว์

ซึ่งป่วยเป็นโรค ไตวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหดค้างข้อเท้าและเท้า และได้มารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลนี้

ตั้งแต่วันที่ 7 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2564 รวม 26 วัน ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการค่าบริการ	จำนวนเงิน
1	ค่าห้องพิเศษ	
2	ค่าห้องและอาหารสามัญ (21101) 400*25	10,000.-
3	ค่าอวัยวะเทียม	
4	ค่ารักษาทางกายภาพบำบัด	180.-
5	ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	
6	ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค	46,055.-
7	ค่ายา ในบัญชียาหลักๆ	9,021.-
8	ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง (71640)	10,500.-
9	ค่าผ่าตัดและระงับความรู้สึก	
10	ค่าตรวจห้องปฏิบัติการ (Lab)	14,190.-
11	ค่ารังสีวิทยา (X-ray)	3,600.-
12	ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	200.-
13	อื่นๆ	
รวมทั้งสิ้น		93,746.-

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

(ลงชื่อ) _____ (ตัวอักษร)

(นางอัญชลี วิธมนมงคล)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

(กำกับเงินสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทถ้วน)

ลงชื่อ

(นางสาวจรจิรา ยาสมุด)

นักวิชาการเงินและบัญชี

หมายเหตุ: กรณีจ่ายเป็นเช็ค โปรดเขียนเช็คส่งจ่ายไถ่ถอนของ โรงพยาบาลนครพิงค์

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

ฝ่ายบริหาร _____

จำนวนเงิน

รวม จำนวน 93,746.- บาท

(นางสาวจรจิรา ยาสมุด)

เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล



หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

สพค 01 / 761

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

8 กันยายน 2564

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ด้วย นาย ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้
ประเภทผู้ป่วยภายในและขอออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า นาย ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารสวัสดิภาพสัตว์
ฝ่ายบริหารจัดการสัตว์ สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี สังกัด สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)
เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายสำหรับผู้ป่วยรายนี้และขอได้โปรด

- วางฎีกาขอเบิกเงินหรือขอรับเงินจาก
- ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ-7102/1) ไปเพื่อเบิกเงินชำระหนี้ให้
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน) เลขที่ 55 หมู่ 7 ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสายสิทธิ์ เจตสิกทัต)

รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร และ
ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานกลาง ปฏิบัติหน้าที่แทน
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

หมายเหตุ : ค่าห้อง,ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลและอุปกรณ์อวัยวะเทียม เบิกได้ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง

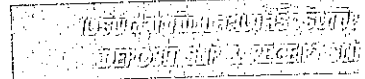
สำนักงานพัฒนาพิงคนคร สำนักบริหารงานกลาง

โทรศัพท์ : 053-270980

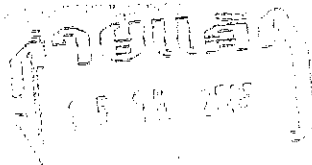


สาขา
Branch

วันที่และเวลา
Date and Time



เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107537000882



ข้าพเจ้าขอรับรองและขอเป็นพยานว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ.
I hereby verify and confirm that the information mentioned above is true and correct.

ลายมือชื่อผู้ฝากเงิน/Depositor

จำนวนเงิน/Amount

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร
Authorized Signature

ที่ ชม ๐๐๓๒.๒/๖๐๙/๑



โรงพยาบาลนครพิงค์
๑๕๙ หมู่ ๑๐ ต.ดอนแก้ว อ.แมริม
จ.เชียงใหม่ ๕๐๑๘๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ตอบรับเงินค่ารักษาพยาบาล

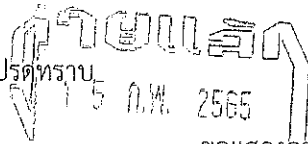
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบเสร็จรับเงิน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขบัญชี ๕๑๕-๑-๐๔๘๘๕-๓ เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จำนวน ๙๓,๗๔๖.- บาท (เก้าหมื่นสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับเงินจำนวนดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ ๕๔๐๓ เลขที่ ๐๐๓๕ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จำนวน ๙๓,๗๔๖.- บาท (เก้าหมื่นสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิชาติ มูลพอง)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

กลุ่มงานการเงิน

โทร. ๐๕๓-๙๙๙๒๐๐ ต่อ ๒๒๕๖

โทรสาร ๐๕๓-๙๙๙๒๓๗



โรงพยาบาลนครพิงค์
 159 หมู่ 10 อ.โชตนา-ป่า
 อ.เบญจมาภรณ์ จ.ชัยภูมิ 36180
 โทร.(053) 999200 แฟกซ์ (053) 999222
 HN. 5445364



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 5403

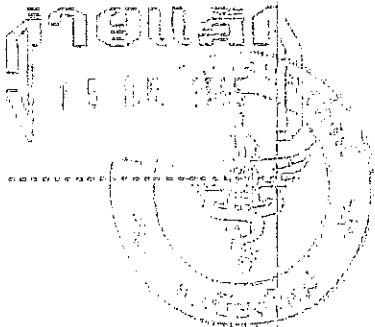
เลขที่ 0035

กระทรวงสาธารณสุข

No. 5403/0035

18 กุมภาพันธ์ 2565

GE871 สำนักงานพัฒนาท้องถิ่น (องค์การมหาชน) ~~ตั้งอยู่ที่เชียงใหม่~~ ~~เชียงใหม่~~

เลขที่ 33-หลัง ๑๑๑๖๖๖๖๖๖๖ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๖๑๐๐		ชำระ
เลขที่ผู้เสียภาษี 099400๘๗2548 สาขาที่ 00002		เบิกไม่ได้ตรงระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข
คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของ นาย		เบิกได้ 93,746.00
		
รับชำระรัฐวิสาหกิจ(โอนเข้าบัญชี)		
(แก้หนี้สามพันเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทถ้วน)		93,746.00
รองคลัง		

กรณีการ คัดในภาพ

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

พิมพ์ครั้งที่ 43 เลขที่ 5401-5500

ตามหนังสือหน้าพิจารณาเงิน

อีกตามเคยไป

ยื่นเอกสารฉบับนี้เพื่อรับยา

เลขที่ 5403

นาย

ชื่อ

93,746.00 (แก้หนี้สามพันเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทถ้วน)

เลขที่ 0035

จำนวนเงิน

ผู้รับเงิน



เลขที่

069

เลขที่

3424

ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาลนครพิงค์

159 หมู่ 10 ถนนโชตนา ต.ดอนแก้ว

อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180

โทร.(053) 999200

วันที่ ๕๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า นายแพทย์แพทย์หญิง จ.ส.ส. ธีระเดช

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ๖๖๖๖ ได้ทำการตรวจร่างกายของ

นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ. นางสาว น.ส.ช.ช.ช.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๗๕๐๐ ๙๐๐๐๐ ๖๖๐๑ แล้ววันที่ ๗ เดือน ๗ พ.ศ. ๒๕๖๗

ปรากฏว่าป่วยเป็นโรค ① Phlebotomus sp. ② Stone kidney injury ③ Paracetamol
④ Epilepsy ⑤ Acute appendicitis ⑥ Virus ⑦ Hypertension

เห็นควร ได้ทานยาตามที่ น.ส.ช.ช.ช. น.ส.ช.ช.ช. น.ส.ช.ช.ช. น.ส.ช.ช.ช.

๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ วันที่ ๕๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ลงชื่อ

(นาง จ.ส.ส.)



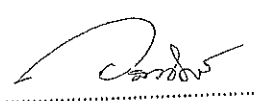
แพทย์ผู้ตรวจ

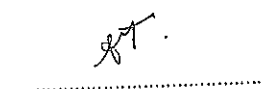
สำนักงานพัฒนาฟิงคนคร (องค์การมหาชน)
สำนักงานเชียงใหม่ในท่าซาฟารี

ใบขอเบิก			เลขที่เอกสาร	AP6502169
			วันที่เอกสาร	14/02/2565
			การจัดสรร	บตก-อื่น
รายการ	โครงการ	รหัสบัญชี	เดบิต	เครดิต
บัญชีค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลรัฐ-ฝ่ายบริหาร บัญชีเจ้าหนี้การค้าอื่น	สชน.	5101030203-01	93,746.00	93,746.00
	สชน.	2101010104		
ยอดสุทธิ			93,746.00	93,746.00

ถ่ายแล้ว
15 ก.พ. 2565

คำอธิบาย ค่าสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลตนเอง นาย..... รักษาวันที่ 7 กย.64 - 2 ตค.64
จำนวน 93,746 บาท (โรงพยาบาลนครพิงค์)


ผู้ลงบัญชี


ผู้ตรวจสอบ

สำนักงานพัฒนาฟิงคนคร (องค์การมหาชน)

สำนักงานเชียงใหม่ไนท์ซาฟารี

ใบสำคัญจ่าย	เลขที่เอกสาร	PVC6502173
	วันที่เอกสาร	14/02/2565
	การจัดสรร	บตก-อื่น

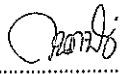
จ่ายให้ โรงพยาบาลนครพิงค์
 จำนวนเงิน 93,746.00 บาท (เก้าหมื่นสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)
 โดยธนาคาร กรุงไทย สาขา ย่อยบึงกือหางคง เลขที่เช็ค 1002101CS วันที่ในเช็ค 14/02/2565

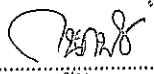
รายการ	โครงการ	รหัสบัญชี	เดบิต	เครดิต
บัญชีเจ้าหนี้การค้าอื่น	สขน.	2101010104	93,746.00	
บัญชีเช็คค้างจ่าย	สขน.	2116010101		93,746.00
ยอดสุทธิ			93,746.00	93,746.00

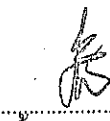
คำอธิบาย ค่าสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลตนเอง นาย รักษาวันที่ 7 กย.64 - 2 ตค.64

จำนวน 93,746 บาท (โรงพยาบาลนครพิงค์)

ไอ.เอ.เอ็น.อี.
ผู้รับเงิน


ผู้จ่ายเงิน


ผู้จัดทำ


ผู้สอบทาน


ผู้อนุมัติ

วันที่ 15 ก.พ. 2565

นายสายสิทธิ์ เจตสิกทัต
 รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาฟิงคนคร
 และผู้อำนวยการสำนักบริหารงานกลาง
 ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาฟิงคนคร

สำนักงานพัฒนาพิงคนคร (องค์การมหาชน)

สำนักงานเชียงใหม่ในท่ซาฟารี


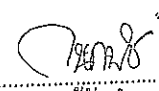

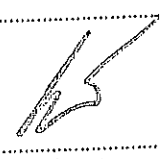
ใบสำคัญจ่าย	เลขที่เอกสาร	PVC6502173
	วันที่เอกสาร	14/02/2565
	การจัดสรร	บล็อก-อื่น

จ่ายให้ โรงพยาบาลนครพิงค์
 จำนวนเงิน 93,746.00 บาท (เก้าหมื่นสามพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)
 โดยธนาคาร กรุงไทย สาขา ย่อยบักชีหางดง เลขที่เช็ค 10021965 วันที่ในเช็ค 14/02/2565

รายการ	โครงการ	รหัสบัญชี	เดบิต	เครดิต
บัญชีเจ้าหนี้การค้าอื่น	สชน.	2101010104	93,746.00	
บัญชีเช็คค้างจ่าย	สชน.	2116010101		93,746.00
ยอดสุทธิ			93,746.00	93,746.00

คำอธิบาย ค่าสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลตนเอง นาย รักษาวันที่ 7 กย.64 - 2 ตค.64

จำนวน 93,746 บาท (โรงพยาบาลนครพิงค์)

- โอนเงิน -





ผู้รับเงิน
ผู้จ่ายเงิน
ผู้จัดทำ
ผู้สอบทาน
ผู้อนุมัติ

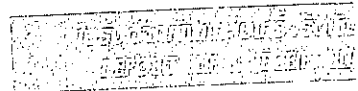
วันที่ 15 ก.พ. 2565

รองผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร
 และผู้อำนวยการสำนักบริหารงานกลาง
 ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาพิงคนคร

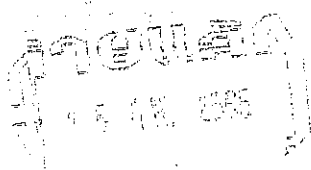


สาขา
Branch

วันที่และเวลา
Date and Time



เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 01075370088



ข้าพเจ้า/ดิฉันขอรับรองและยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ
I hereby certify and confirm that the information mentioned above is true and correct.

ลายมือชื่อผู้ฝาก/Depositor

จำนวนเงิน/Amount

ลายมือชื่อเจ้าพนักงาน/Authorized Signature

ใบขอรับเงิน

เลขที่ใบขอรับเงิน: 5445264

เลขที่บัญชี: 5403/0035

เลขที่: 5403
เลขที่: 0035

No. 5403/0035
13 กุมภาพันธ์ 2565

GE871 สำนักงานพัฒนาพลังงานทดแทน (องค์กรมหาชน) ตำบลเขาชะเมา อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง

วันที่: 15/2/2565	จำนวนเงิน: 3,746.00	คำอธิบาย: ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของ นาย	จำนวนเงิน: 3,746.00
<p>จ่ายแล้ว 15 ก.พ. 2565</p>			

ผู้อำนวยการ: นาย โสภณ บุญดี

ชื่อ: นาย โสภณ บุญดี

เลขที่ใบขอรับเงิน: 5403

จำนวนเงิน: 3,746.00 (สามพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

เลขที่: 5403
เลขที่: 0035

Form 100-1 (Rev. 12/57)

Rev. 1/57

Form 100-1 (Rev. 12/57)

แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก

(External Integrity and Transparency Assessment: EIT)

