

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล

๑. เบิกค่ารักษาพยาบาลตนเอง

- ไม่ต้องแนบเอกสาร

๒. เบิกค่ารักษาพยาบาลให้บุตร

๒.๑ กรณีบิดาเบิกให้บุตร

- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
- สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
- ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๒.๒ กรณีมารดาเบิกให้บุตร

- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดามีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร ให้แนบเอกสาร**ขอใช้สิทธิ์**ทุกครั้งที่ยื่นขอรับเงินสวัสดิการค่าการรักษาพยาบาล
- ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

๓. เบิกค่ารักษาพยาบาลให้บิดา มารดา

- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก
- สำเนาบัตรประชาชน บิดาหรือมารดา
- ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา - มารดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า

๕. แนบบแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร / ค่ารักษาพยาบาล

๑. กรอกแบบคำขอ (แบบ ๗๒๒๓) ให้ครบถ้วน
๒. แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและประกาศของโรงเรียน/มหาวิทยาลัย
๓. กรณี **บิดา**เบิกให้**บุตร** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
 - สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
 - ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
๔. กรณี **มารดา**เบิกให้**บุตร** ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เบิก
 - สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
 - กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดาไม่ประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร ให้แนบเอกสารขอ**ใช้สิทธิ์**ทุกครั้งที่จะขอรับเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร
๕. แนบบันทึกข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ
KTB Corporate Online

วันที่..... เดือนพ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรี เขต ๒

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

โรงเรียน.....สังกัดกรม สพฐ. กระทรวงศึกษาธิการ

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบ
สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ของหน่วยงาน เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่
ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....

เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อกองคลังโอนเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online
แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หน้าบใบสำคัญการเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร

โรงเรียน.....

ใบสำคัญที่	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
1	<p>ขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่าการศึกษาบุตร ของข้าราชการและลูกจ้างประจำ สังกัด สพป.พบ.2 ประจำเดือน.....ดังนี้</p> <p>สำหรับ บุตร</p>			ภาคเรียนที่

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

ใบสำคัญที่.....
 เลขที่เบิก.....
 เดือน.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
 โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

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

2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....
 ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ
 เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น
 กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก
 เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย
 เป็นมารดา

4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้

	(1) เงินบำรุงการศึกษา	(2) เงินค่าเล่าเรียน
1) บุตรชื่อ.....	เกิดเมื่อ.....	
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....	
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....		
ชื่อ.....	เกิดเมื่อ.....	ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
สถานศึกษา.....	อำเภอ.....	จังหวัด.....
ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	จำนวน.....บาท
2) บุตรชื่อ.....	เกิดเมื่อ.....	
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....	
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....		
ชื่อ.....	เกิดเมื่อ.....	ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
สถานศึกษา.....	อำเภอ.....	จังหวัด.....
ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	จำนวน.....บาท
3) บุตรชื่อ.....	เกิดเมื่อ.....	
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....	
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....		
ชื่อ.....	เกิดเมื่อ.....	ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
สถานศึกษา.....	อำเภอ.....	จังหวัด.....
ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท
(.....) (ก)

6. เสนอ.....ผู้บริหารสถานศึกษาโรงเรียน.....

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและ
ข้อความ ที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น
กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ
จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- ก ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาบุตร ค่ารักษาพยาบาล
เป็นจำนวนเงินบาท(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือใบสำคัญการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

โรงเรียน.....

ใบสำคัญที่	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
1	ขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (ไข่นอก) ของข้าราชการและลูกจ้างประจำ สังกัด สพป.พบ.2 ประจำเดือน.....ตั้งนี้ สำหรับ			

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ใบสำคัญที่.....

เลขที่เบิก.....

เดือน.....

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ตนเอง คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

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

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า

 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ ผู้บริหารสถานศึกษาโรงเรียน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ไปรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาบุตร ค่ารักษาพยาบาล
เป็นจำนวนเงินบาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)

ตำแหน่ง.....