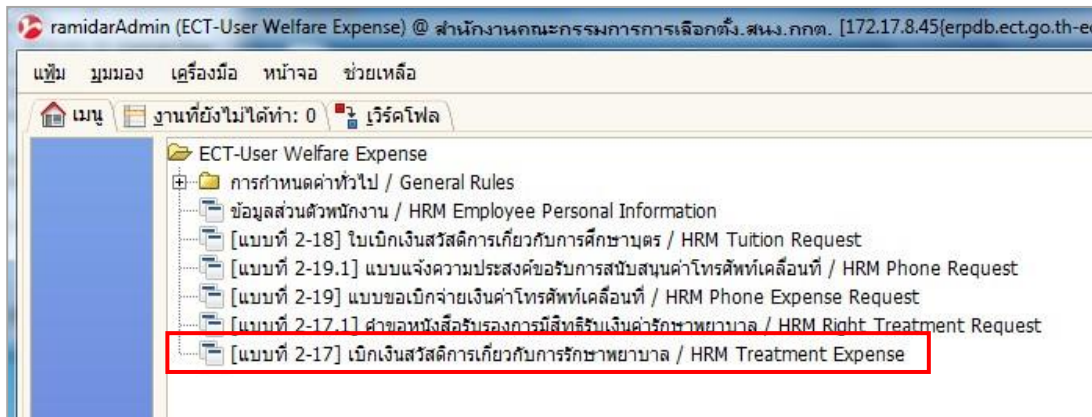


[แบบที่ 2-17] เบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล / HRM Treatment Expense

ขั้นตอนการใช้งานสำหรับ [แบบที่ 2-17] เบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล / HRM Treatment Expense ดังนี้

1. เมื่อ Login เข้าสู่หน้า ECT-User Welfare Expense แล้วจะปรากฏหน้าจอ ดังรูปภาพที่ 1 ให้คลิกเลือกที่ [แบบที่ 2-17] เบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล / HRM Treatment Expense ตามรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1

2. หลังจากที่ได้คลิกเข้าสู่ระบบ [แบบที่ 2-17] เบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล / HRM Treatment Expense แล้ว จะปรากฏหน้าจอ ดังรูปภาพที่ 2 มีทั้งหมด 3 ส่วน


รูปภาพที่ 2

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของพนักงาน สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง

3. กรอกข้อมูลในคำขอเบิกเงินสวัสดิการ ให้กรอกรายละเอียดในช่องสีชมพู ให้ครบถ้วน ตามลำดับตามรูปภาพ ตัวอย่างที่ 3 ดังนี้

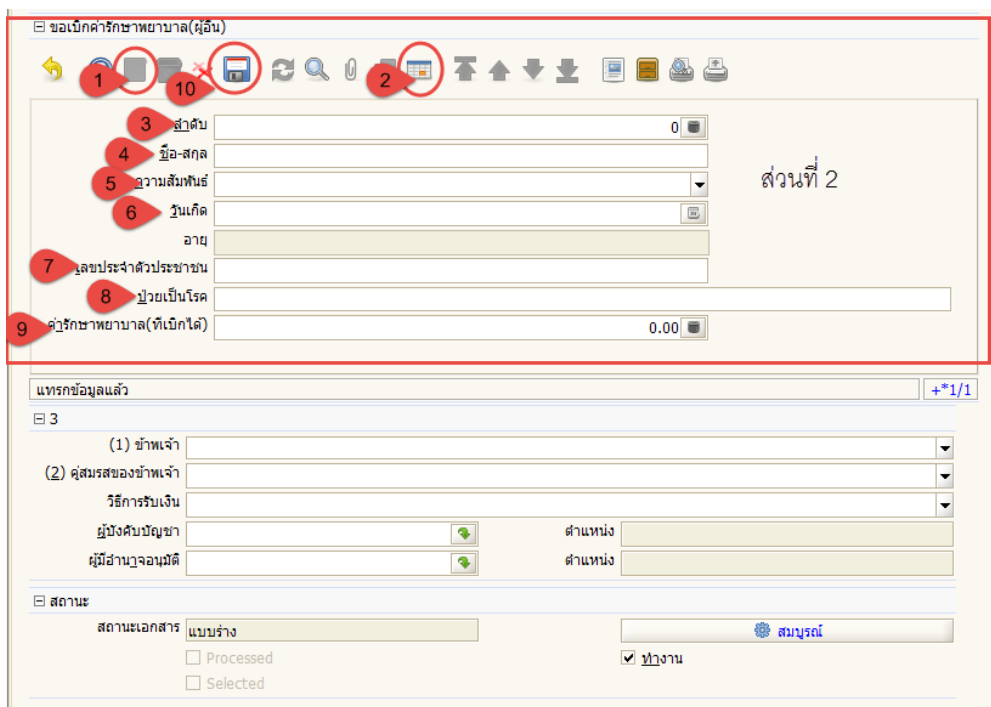
รูปภาพที่ 3

- (1) วันที่ขอเบิก : กรอกข้อมูลวันที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล
เลขที่เอกสาร : **ขึ้นอัตโนมัติ** ภายหลังจากบันทึกข้อมูล
- (2) หมายเลขโทรศัพท์ : กรอกข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ของผู้เบิก
- (3) ชื่อผู้เบิก : กรอกข้อมูลชื่อผู้เบิก เพื่อค้นหาข้อมูลผู้เบิก


- (4) ป่วยเป็นโรค : กรอกข้อมูลอาการป่วยของโรค
- (5) ชื่อสถานพยาบาล : กรอกข้อมูลชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
- (6) เป็นสถานพยาบาลของ : คลิกเลือกข้อมูลสถานพยาบาล
- (7) ตั้งแต่วันที่ , ถึงวันที่: กรอกข้อมูลวันที่เข้ารับการรักษา
- (8) มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ : เลือก  ตามสิทธิ * (มีต่อในส่วนที่ 2 ข้อ 9,10,11,12)*

ส่วนที่ 2 ที่ทำเรื่องเบิก บิดา มารดา (ตนเอง) ลูก สามี ภรรยา


4. เมื่อบันทึกส่วนที่ 1 เรียบร้อย กรณีที่จะเบิกให้ผู้อื่นเพิ่มให้กรอกข้อมูลในรายการ ในส่วนที่ 2 ในรูปภาพที่ 4 ตามลำดับ ดังนี้







รูปภาพที่ 4

- (1) สร้างกระดาษใหม่
- (2) ขยาย เพื่อทำการคีย์ข้อมูล
- (3) ลำดับ : ใส่หมายเลขในการเบิก
- (4) ชื่อ - สกุล : ชื่อที่ทำการขอเบิก
- (5) ความสัมพันธ์ : ความสัมพันธ์ของผู้ที่ขอเบิก
- (6) วันเกิด : ของผู้ขอเบิก
- (7) เลขประจำตัวประชาชน : ของผู้ขอเบิก
- (8) ป่วยเป็นโรค : อาการของโรค
- (9) ค่ารักษาพยาบาล : ค่ารักษาพยาบาลที่ขอเบิกได้ตามสิทธิ
- (10) กดบันทึก  ในส่วนที่ 2

****ต่อท้าย ส่วนที่ 1 ใส่จำนวนเงิน ตามข้อ ข้อ 9,10,11,12****

- (9) ค่ารักษาพยาบาล (ตนเอง): รวมจำนวนเงินตามใบเสร็จที่ขอเบิก (เบิกได้กระทรวงการคลัง)
- (10) รวมจำนวนเงินตามใบเสร็จ: รวมจำนวนเงินตามใบเสร็จทั้งหมด
- (11) จำนวนใบเสร็จรับเงิน: ใบเสร็จ จำนวนกี่ฉบับ
- (12) จำนวนเงินที่ขอเบิก: รวมจำนวนเงินตามใบเสร็จที่ขอเบิก (เบิกได้ตามกระทรวงการคลัง)
- (13) กดบันทึก 

ส่วนที่ 3 เลือกตามสิทธิที่ได้รับ ตามลำดับ

- (1) ข้าพเจ้า : เลือก  ตามสิทธิ
- (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า : เลือก  ตามสิทธิ
- (3) วิธีการรับเงิน : เลือก  ตามสิทธิ
- (4) เมื่อทำการกรอกข้อมูลครบ ทั้ง 3 ส่วนแล้วครบถ้วนแล้ว
ให้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารก่อนโดยกด  เพื่อแสดงเอกสารตัวอย่างดูความถูกต้อง
- (5) ให้กด สมบูรณ์ เอกสาร

ตรวจสอบ หรือ ปรับปรุง ข้อมูล ส่วนที่ 3 1/1

3

1 (1) ข้าพเจ้า

2 (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า

3 (3) วิธีการรับเงิน

ผู้บังคับบัญชา

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

สถานะ

สถานะเอกสาร

Processed

Selected

4

ใช้งาน

5. การพิมพ์ออกรายงาน คลิกที่ปุ่มพิมพ์



ออกรายงานเอกสารดังรูปภาพตัวอย่างที่ 5

หน้าจอแสดงฟอร์มการพิมพ์ออกรายงานในระบบ HRM Treatment Expense. ฟอร์มประกอบด้วยข้อมูลดังนี้:

- เงินสวัสดิการ: 5110305 - ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก
- ป่วยเป็นโรค: ไข้หวัด
- ชื่อสถานพยาบาล: โรงพยาบาลรามรา
- เป็นสถานพยาบาลของ: ทางราชการ
- ตั้งแต่วันที่: 07/10/2558 ถึงวันที่: 07/10/2558
- ค่ารักษาพยาบาล(ตนเอง): 500.00
- รวมจำนวนเงินตามใบเสร็จ: 1,500.00
- จำนวนใบเสร็จรับเงิน: 3
- ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ: ตามสิทธิ
- จำนวนเงินที่ขอเบิก: 1,000.00

ในหน้าต่างการพิมพ์ (Print dialog) มีตัวเลือกดังนี้:

- หน่วยงาน: สำนักงานคณะกรรมการเลือกตั้ง
- เอกสารเลขที่: HH59110172

ปุ่ม 'Print' (แสดงเป็นเครื่องหมาย ✓) ในหน้าต่างการพิมพ์ถูกเน้นด้วยวงกลมสีแดง.

รูปภาพที่ 5

6. ตัวอย่างใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล มี 2 หน้า ตามตัวอย่าง รูปภาพที่ 6

(1) หลังจากที่มีพิมพ์รายงานออกมาแล้ว ผู้รับเงินสวัสดิการเซ็นชื่อให้ครบถ้วน เพื่อเสนอผู้บังคับบัญชาตามกระบวนการเดิม

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

HH59110172
โทร.

โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า นางสาวมิตา กววรรณคำรัส ตำแหน่ง พนม.ตช. (คอมพิวเตอร์) สังกัดสำนักงานนโยบายและแผน

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า
 บิดา ชื่อ คู่สมรส ชื่อ
 มารดา ชื่อ นางสาวอรรษา กววรรณคำรัส
 บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....
 เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ **ก**

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยยกย่อง หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามสิ่งแยกกรรมแล้ว
 เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งสิ้นแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....
 เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค ไข้หวัด ธรรมดา
 และได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาลสมรุม
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2558
 ถึงวันที่ 7 ตุลาคม 2558 เป็นเงินทั้งสิ้น 1,500.00 บาท
 (..... หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน 3 ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ **ข**

เป็นเงิน 1,000.00 บาท (..... หนึ่งพันบาทถ้วน.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิภาพ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือ
 ส่วนราชการท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิแต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
 เป็นผู้ใช้สิทธิเป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ค เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) มรสว.....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิภาพ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือ
 ราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ลายเซ็น ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
 วันที่ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา **ง**
 เสนอ เลขที่การคณะกรรมการตรวจเลือกตั้ง
 ข้าพเจ้า ใส่ชื่อและตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชา
 ตำแหน่ง.....
 ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้
 ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก
 (ลงชื่อ).....
 (.....)

5. คำอนุมัติ
 อนุมัติให้เบิกได้
 (ลงชื่อ).....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน
 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน..... 1,000.00.....บาท
 (..... หนึ่งพันบาทถ้วน.....) ไปถูกต้องแล้ว

โอนเข้าบัญชีในฝากธนาคารในสิ้นเดือน
 โอนเข้าบัญชีในฝากธนาคาร โดยข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเพื่อชำระเป็นค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ธนาคารกำหนด

ลงชื่อ ลายเซ็น ผู้รับเงิน
 นางสาวมิตา กววรรณคำรัส

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก การขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยื่นขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

คนละ	500.00
คู่สมรส	-
บิดา	-
มารดา	500.00
บุตร	-
รวม	1,000.00

รูปภาพที่ 6