



ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและมีความรู้สึกมั่นคงในการปฏิบัติงาน

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ ประกอบกับ ข้อ ๔ และข้อ ๘.๔ ของระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ว่าด้วยกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๔ และมติคณะกรรมการบริหารงานบุคคลประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ในการประชุมครั้งที่ ๘๘ (๑๑/๒๕๕๙) เมื่อวันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ จึงออกประกาศไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“มหาวิทยาลัย” หมายความว่า มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

“อธิการบดี” หมายความว่า อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

“ก.บ.ม.” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารงานบุคคลประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

“พนักงานมหาวิทยาลัย” หมายความว่า พนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนพนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน หรือคลินิก ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ดังนี้

(๑) ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด หรือสารทดแทนค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(๒) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งค่าซ่อมแซม

(๓) ค่าบริการทางการแพทย์ ทันตกรรม ค่าตรวจทั้งในและนอกเวลา ค่าวิเคราะห์โรค แต่... ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(๔) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษายาบาล

(๕) ค่าตรวจครรภ์ และค่าคลอดบุตร

(๖) ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี

(๗) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

ข้อ ๔ การจ่ายเงินเพื่อเป็นสวัสดิการค่ารักษายาบาลตามประกาศนี้ให้จ่ายจากเงินกองทุน

ข้อ ๕ การจัดสวัสดิการค่ารักษายาบาลตามประกาศนี้ ให้พนักงานมหาวิทยาลัยที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ สามารถใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษายาบาลจากกองทุนตามที่จ่ายจริงไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาท

ข้อ ๖ พนักงานมหาวิทยาลัยมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวเท่านั้น โดยบุคคลในครอบครัวประกอบด้วย

(๑) บิดามารดา

(๒) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย

(๓) บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ทุพพลภาพซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของบิดาหรือมารดา แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นแล้ว

ข้อ ๗ การขอรับเงินค่ารักษายาบาล ให้พนักงานมหาวิทยาลัยผู้มีสิทธิ ยื่นใบเบิกเงินตามแบบที่ ก.บ.ม. กำหนดพร้อมหลักฐานใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล (ฉบับจริง) ที่สถานพยาบาลออกให้ไม่เกินวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และหลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัย โดยใบเบิกเงินต้องมีผู้รับรอง ดังนี้

(๑) พนักงานมหาวิทยาลัยที่สังกัดสำนักงานอธิการบดี ให้ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี เป็นผู้ลงนามรับรอง

(๒) พนักงานมหาวิทยาลัยที่สังกัดคณะ สถาบัน สำนักหรือหน่วยงานที่เทียบเท่าคณะให้คณบดี หรือผู้อำนวยการสถาบัน/สำนักเป็นผู้ลงนามรับรอง

ข้อ ๘ การอนุมัติเบิกเงินค่ารักษายาบาล ให้ผู้อำนวยการโครงการจัดตั้งกองคลังตรวจสอบความถูกต้องของหลักฐานการเบิกแล้วนำเสนอต่ออธิการบดีหรือผู้ที่อธิการบดีมอบหมายเป็นผู้อนุมัติใบเบิก

ข้อ ๙ การนำหลักฐานใบเสร็จรับเงินมาเบิกค่ารักษายาบาล ให้ยื่นเบิกภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ หากเกินกว่าที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์ ทั้งนี้หากค่ารักษายาบาลกรณีใด มีพนักงานมหาวิทยาลัยสามารถใช้สิทธิเบิกได้มากกว่า ๑ ราย ให้เลือกเบิกได้เพียงรายเดียวเท่านั้น

ข้อ ๑๐ ให้อธิการบดีรักษาการตามประกาศนี้ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้อธิการบดีมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด ค่าวินิจฉัยของอธิการบดีให้เป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



(อาจารย์ ดร.สาคร สร้อยสังวาลย์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม



ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ส่วนของผู้ขอรับเงินกรอก

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

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

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เกิดเมื่อวันที่..... บรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ทุพพลภาพ

ป่วยเป็นโรค.....

โดยได้เข้ารับการตรวจรักษาจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....มีค่าใช้จ่ายรวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน
ที่ขอเบิก และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานแนบขอเบิก

- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง)

- หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลใน ..

ครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัย

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : พนักงานมหาวิทยาลัยที่สังกัดสำนักงานอธิการบดี ให้ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี เป็นผู้ลงนามรับรอง

ส่วนพนักงานมหาวิทยาลัยที่สังกัดคณะ สถาบัน สำนักหรือหน่วยงานที่เทียบเท่าคณะให้คณบดี หรือผู้อำนวยการสถาบัน/

สำนักเป็นผู้ลงนามรับรอง

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ส่วนของกองบริหารงานบุคคลกรอก

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอรับรองว่า(ชื่อผู้ขอรับเงินฯ).....มีสิทธิ
ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลฯ โดยได้รับการบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ส่วนของโครงการจัดตั้งกองคลังกรอก

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอรับรองว่า(ชื่อผู้ขอรับเงินฯ).....มีสิทธิ
ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ใน
ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับ
พนักงานมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และขอความขังต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....)

ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยอดยกมา.....บาท

จ่ายครั้งนี้.....บาท

คงเหลือ.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....