



# การเข้ารับบริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (LGO)



ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลพนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น  
[opt.localfund.org](http://opt.localfund.org)

## หัวข้อในการบรรยาย

1. ประเภทการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิ อปท.
2. ขั้นตอนดำเนินการเบิกจ่ายกรณีใบเสร็จ สิทธิ อปท.
3. ระบบทะเบียนบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. ตรวจสอบรายงานการโอนเงิน

# 1.ประเภทการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

1. ระบบเบิกจ่ายตรง (เฉพาะ รพ.รัฐ) มีเงื่อนไขดังนี้
  - ❖ ต้องมีชื่อในระบบทะเบียนบุคลากร เพื่อให้ รพ.ตรวจสอบสิทธิในระบบได้
  - ❖ กรณีผู้ป่วยใน หากไม่มีชื่อในระบบทะเบียนบุคลากร ให้ใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัด

# 1. ประเภทการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

## 2. ระบบสำรองเงินจ่ายและนำใบเสร็จมาเบิกเงินคืน

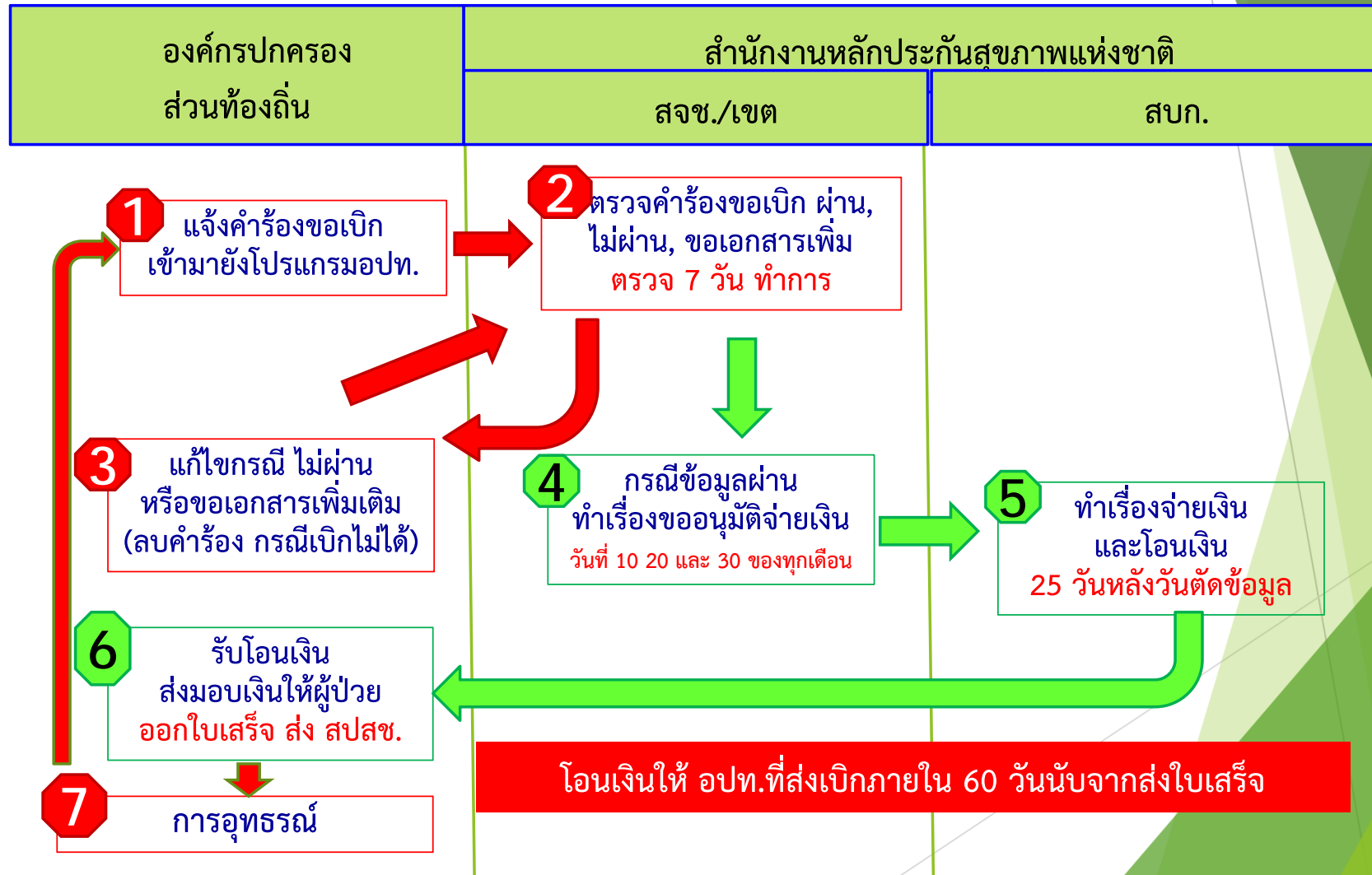
- ❖ กรณีไม่มีชื่อในระบบทะเบียนบุคลากร
- ❖ สถานพยาบาลไม่ได้เข้าร่วมระบบเบิกจ่ายตรง
  - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
  - โรงพยาบาลเอกชนรับส่งต่อจาก รพ.รัฐ
  - โรงพยาบาลเอกชน รับคนไข้ใน กรณีฉุกเฉิน
- ❖ ค่ารักษาพยาบาลที่กรมบัญชีกลางประกาศไม่ให้เบิกระบบเบิกจ่ายตรง
  - ค่ายารักษาโรคมะเร็ง



# ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิ อปท.



## 2. ขั้นตอนดำเนินการเบิกจ่ายกรณีใบเสร็จ สิทธิ อปท.



# กรณีสำรองจ่ายเงินและใช้ใบเสร็จเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด

1. ตรวจสอบสิทธิ
2. ชื่อ โรงพยาบาล (รัฐ/เอกชน)
3. วันที่เข้ารับบริการ (1 วัน : 1 คำร้อง)
4. ประเภทผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน)
5. ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล ตามประกาศ แต่ละหมวด
6. เอกสารแนบเพิ่มเติม (ยานอกบัญชีแพทย์แผนไทย ใบสั่งแพทย์ เอกสารรับรอง)

ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของใบเสร็จรับเงิน  
เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเบิก



บันทึกข้อมูลในโปรแกรม ( สปสช. ) กำหนด



สปสช. ตัดยอดออก Statement เดือนละ 3 ครั้ง  
วันที่ 10 20 และ 30 ของทุกเดือน



สปสช. โอนเงินให้ต้นสังกัดภายใน 25 วัน  
นับจากวันตัดยอดออก Statement

- สถานพยาบาลที่รักษา
- ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย อายุ เพศ
- ว/ด/ป ที่เข้ารับการรักษา
- จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล
- ไฟล์รูปภาพใบเสร็จรับเงิน



# การดำเนินการส่งเบิกใบเสร็จ

## 1. ผู้มีสิทธิ

- ลงลายมือชื่อรับรองว่า “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้สำรองจ่ายเงินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลไปจริงทุกประการ” ในใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ
- บันทึกคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาล (แบบร.บ.3 หรือแบบ 7131) และให้ผู้บริหาร/ผู้มีอำนาจ ลงนาม
  - พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้างประจำ ปลัดฯ เป็นผู้อนุมัติ
  - ผู้ได้รับบำนาญ หัวหน้าส่วนงานคลัง เป็นผู้อนุมัติ
  - นายก อบจ. นายกเทศมนตรี นายกอบต. อนุมัติสิทธิตนเองและครอบครัว

## 2. ผู้บังคับบัญชา

- ตรวจสอบว่าผู้ขอรับเงินเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบ มท. ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น และ **ลงลายมือชื่อรับรองในแบบ ร.บ.3**

## การดำเนินการส่งเบิกใบเสร็จ (ต่อ)

### 3. การเงิน

- ตรวจสอบสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กำหนดไว้ (ดาวน์โหลดประกาศ ได้ทาง <https://suratthani.nhso.go.th> >>> ดาวน์โหลด >>> เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล อปท. >>> ระเบียบค่ารักษาพยาบาล)
- scan แนบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือรับรองการใช้จ่าย และไฟล์ที่แนบต้องมีขนาด ไม่เกิน ๒ MB. และต้องเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล pdf, jpg, doc, docx, gif, png เท่านั้น

### การบันทึกข้อมูล

การเบิกในแต่ละครั้ง สามารถบันทึกข้อมูลการเบิกของผู้ป่วยรายเดียวกันที่ ใช้บริการใน วัน เดือน ปี เดียวกัน (ดูจากวันที่ใบเสร็จรับเงิน) และใน สถานพยาบาลเดียวกันเท่านั้น

**1 คำขอเบิก : 1 คน : 1 วัน : 1 รพ.**

**\*\*\* ส่งหลักฐานทั้งหมดคืนให้กับหน่วยงานคลังเก็บไว้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายเงิน \*\*\***



## ประกาศกระทรวงการคลัง สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

1. ค่ารักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง กค 0417 ว 177 ลว. 24 พ.ย.49
2. ค่าบริการแพทย์แผนไทย กค 0422.2 ว 477 ลว 12 พ.ย.58
3. ค่าบริการทันตกรรม กค 0416.2 ว 369 ลว. 21 ก.ย.59
4. ค่าบริการโลหิตและเทคนิคการแพทย์ กค 0416.2 ว 393 ลว. 10 ต.ค.60
5. ค่าอุปกรณ์อวัยวะเทียม กค 0416.2 ว 484 ลว. 21 ธ.ค.60
6. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการสถานพยาบาลกรณี  
รพ.เอกชน

(เว็บ ช่วยค้นหา <http://welcgd.cgd.go.th/wel/checktstmed>)

## รายการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับอายุ $\leq 35$ ปี

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)
1	Film Chest (41001)	170
2	Mass Chest (41301)	50
3	Urine Examination/Analysis (31001)	50
4	Stool Examination - Routine direct smear (31201) ร่วมกับ Occult blood (31203)	70
5	Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (30101)	90
6	ตรวจภายใน (55620)	100
7	Pap Smear (38302)	100

ผู้ชายเบิกได้ไม่เกิน 380 บาท ผู้หญิงเบิกได้ไม่เกิน 580 บาท ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

## รายการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับอายุ $\geq 35$ ปี

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)
1	รายการตรวจอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ทุกรายการ	
2	Glucose (32203)	40
3	Cholesterol (32501)	60
4	Triglyceride (32502)	60
5	Blood Urea Nitrogen: BUN (32201)	50
6	Creatinine (32202)	50
7	SGOT (AST) (32310)	50
8	SGPT (ALT) (32311)	50
9	Alkaline Phosphatase (32309)	50
10	Uric Acid (32205)	60

ผู้ชายเบิกได้ไม่เกิน 850 บาท ผู้หญิงเบิกได้ไม่เกิน 1,050 บาท ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

## การเตรียมใบเสร็จ และ เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ต้องส่งเพิ่ม

ลำดับ	กรณี	เอกสาร/หลักฐานที่ต้องแนบ
1	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	หนังสือรับรองเหตุการณ์ใช้ยานอกบัญชียาหลัก (A-E)
2	ค่าล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม คลินิกเอกชน	หนังสือส่งตัวจากแพทย์ รพ.รัฐส่งไปฟอกไต คลินิกเอกชน
3	กรณีส่วนเกินสิทธิประกันสังคม	หนังสือรับรองการจ่ายจากประกันสังคม ตามประเภทบริการดังนี้ 1. ส่วนเกินค่าคลอด 13,000 บาท / ครั้ง 2. ส่วนเกินค่าฟอกไต 1,500 บาท / ครั้ง 3. ค่าวางเส้นเพื่อฟอกไตซ้ำภายใน 2 ปี 4. ส่วนเกินค่าทำฟัน 900 บาท / ปี
4	ค่ารักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนไทย นวด อบ ประคบ ยาสมุนไพร ทับหม้อ เกลือ ฝังเข็ม	ใบรับรองแพทย์จากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย ระบุความ จำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูด้วยแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก

## การเตรียมใบเสร็จ และ เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ต้องส่งเพิ่ม (ต่อ)

ลำดับ	กรณี	เอกสาร/หลักฐานที่ต้องแนบ
5	ประเภทผู้ป่วยใน รพ.เอกชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใบรับรองจากแพทย์ผู้รักษาของสถานพยาบาลเอกชนที่ระบุถึง ความจำเป็นรีบด่วนในการเข้ารับรักษาพยาบาล</li> <li>- ใบแสดงรายละเอียดค่าใช้จ่ายต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลใน ครั้งนั้น (กรณีส่วนเกินประกันชีวิต ต้องแนบเอกสารทั้งหมด)</li> </ul>
6	กรณีที่มีการซื้ออวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดโรค ยา เลือดและส่วนประกอบ ของเลือด หรือส่งต่อไปรับการตรวจ วินิจฉัยทางห้องทดลองหรือโดยวิธีการ เอ็กซเรย์อื่น ที่ไม่มีจำหน่ายหรือไม่อาจให้บริการได้ ในสถานพยาบาลของรัฐ	1.ใบคำสั่งการรักษา จากแพทย์ รพ.รัฐ ( ใบสั่งยา ใบส่งตรวจ )



## การเตรียมใบเสร็จ และ เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ต้องส่งเพิ่ม (ต่อ)

ลำดับ	กรณี	เอกสาร/หลักฐานที่ต้องแนบ
6	กรณีเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค ที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าของสมองส่วนลึก</li> <li>- ชุดประสาทหูเทียม</li> <li>- ชุดเครื่องช่วยฟังชนิดฝังในกระดูก</li> <li>- เครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้า (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP) เป็นต้น</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ใบรับรองแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด</li> <li>2.ใบสั่งซื้ออุปกรณ์ ตามความจำเป็น</li> </ol>
7	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใบยา <b>นำกลับไปใช้ที่บ้าน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ถุงรองรับปัสสาวะ</li> <li>2.สายสวนปัสสาวะ</li> <li>3.สายให้อาหารทางสายยาง</li> <li>4.ถุงรองรับอุจจาระ</li> </ol>

# แนวทางการตรวจสอบใบเสร็จ

1 ชื่อ โรงพยาบาล

2 ประเภทผู้ป่วย

3 วันที่

4 ผู้มีสิทธิเซ็นรับรอง

5 ตรวจสอบ ค่ารักษาที่เบิกได้ตามรหัส

- ค่าตรวจ Lab , X-ray , ทันตกรรม, อุปกรณ์อวัยวะเทียม

6 เอกสารแนบอื่น ๆ ได้แก่

- หนังสือรับรองยานอกบัญชีฯ
- หนังสือรับรองการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย
- ใบสั่งแพทย์กรณีส่งตรวจพิเศษ เช่น MRI

0480803

โรงพยาบาลศิริราช / OPD

พิมพ์ขึ้น / ORIGINAL

ใบเสร็จรับเงิน

โรงพยาบาลศิริราช (SIKSAKORN) HOSPITAL

เลขที่เอกสาร / Document No BK0-11

วันที่ / Date 22-07-2561 09:21

วันที่รับเงิน / 23

วันที่ออกใบ : 23

ชื่อ / Patient Name

เลขประจำตัวประชาชน / ID No 9919125

โรงพยาบาลศิริราช โทร 22-07-2561 87-09

รหัสโรค / ICD10 [N18.3] Chronic kidney disease, stage 3

รายการ / Description	หน่วย / Unit	ราคาต่อหน่วย / Price per Unit	รวม / Total
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Investigation and Pathology)	ชุด	200.00	1,220.00
ค่าบริการทางการแพทย์ (Nursing Services)	ครั้ง	50.00	50.00
ค่าบริการทางการแพทย์ (Doctor Fee)	ครั้ง	350.00	350.00
<b>รวม / Total</b>			<b>3,890.00</b>

จ่ายเงินแล้ว

3,890.00

ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล (Drugs and Nutrients used in Hospital)

114120, 117222, 252346, 272385, 767471, 743

ค่ายาในบัญชียาแห่งชาติ

ค่ายานอกบัญชียาแห่งชาติ

ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา (Laboratory Investigation and Pathology)

40	60	10	10	40	50	50	40	40	40
30101, 31001, 32102, 32103, 32104, 32106, 32109, 32201, 32202, 32203,									
60	75	60	60	100	150	40	50	40	50
32205, 32304, 32501, 32502, 32503, 32504, 34101, 34102, 34103, 34104,									
34122									

200.00

1,220.00

ค่าบริการทางการแพทย์ (Nursing Services)

55021

50.00

50.00

ค่าบริการทางการแพทย์ (Doctor Fee)

BR1014

350.00

# แนวทางการตรวจสอบใบเสร็จ กรณีตรวจสอบสุขภาพประจำปี

เลขที่ BOOK NO. 0962      เลขที่ NO. 289

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต  
Phuket Provincial Administrative Organization Hospital  
18, 20 ถนนพหลโยธิน อ.ตลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83003  
18, 20 Anudaphudham Rd., Tadbayal, Muang, Phuket 83003

ใบเสร็จรับเงิน

DOC NO. : 1161045016

เลขบัญชี บัญชี : 3320100106433 เลข : 3501-57

วันที่ออกใบ : 10 กันยายน 2561      หมายเลข : 232-03

รายการชำระเงิน

จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)	เงินคง
ค่าตรวจสุขภาพ		1,100.00
รวม	1,100.00	
เงินต้น	1,100.00	
รวมเงินทั้งสิ้น	1,100.00	

คำตรวจสุขภาพ ประจำปี

ข้าพเจ้าขอรับใบเสร็จรับเงินค่าตรวจสุขภาพประจำปี  
เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลไปแจ้งทุกประเภท  
(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต  
Phuket Provincial Administrative Organization Hospital

ข้าพเจ้าขอรับเงินไปเป็นค่าตรวจสุขภาพแล้ว  
รับเงิน 1,100.00 บาท / หนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน      ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่ยื่นเงิน

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_      ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ใบสรุปค่าใช้จ่าย ตามรายการ  
(Summary Item Report)

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

ชื่อ/Patient Name: \_\_\_\_\_ อายุ/Age: 67-4-12 ปี      HN: 1501-57      VNAN: 232/01

วันรับบริการ/Date: 10 กันยายน 2561      ประเภท/Type: ผู้ป่วยนอก      วิธีการรักษา/Payment: ชำระค่าส่วนท้องถิ่น /  
ครอบครัวชำระค่ารักษาส่วนท้องถิ่นราชการชำระเงิน

ที่อยู่/Address: 7/5 หมู่ 6 ต. นบบริัง อ. เมืองพังงา จ. พังงา 82000      เลขที่บัตร/Payment ID: \_\_\_\_\_

ลำดับที่/No.	วันที่สั่ง/Date Order	รายการ/Item	จำนวน/Qty.	จำนวนเงิน/Amount
ค่าตรวจสุขภาพ				
1	10/09/2561	[32201] UN (Blood Urea Nitrogen) (CHKUP)	1.0	50.00
2	10/09/2561	[32202] Creatinine (CHKUP)		
3	10/09/2561	[32309] Alkaline phosphatase (CHKUP)		
4	10/09/2561	[32310] GOT (AST) (CHKUP)		
5	10/09/2561	[32311] GPT (ALT) (CHKUP)		
6	10/09/2561	[32502] Lipid - TG (Triglyceride) (CHKUP)		
7	10/09/2561	[32501] Lipid - Cholesterol (CHKUP)		
8	10/09/2561	[32205] Uric acid (CHKUP)	1.0	60.00
9	10/09/2561	[32203] Glucose(FBS) (CHKUP)	1.0	40.00
10	10/09/2561	[31201] Stool examination (CHKUP)	1.0	40.00
11	10/09/2561	[31203] occult blood (CHKUP)	1.0	30.00
12	10/09/2561	[30101] CBC (+ diff. + RBC morphology + plt count) by automation (CHKUP)	1.0	90.00
13	10/09/2561	[55620] ตรวจร่างกายใน (CHKUP)	1.0	100.00
14	10/09/2561	[38302] ตรวจวชเซลล์วิทยา - Gynecological specimen (PAP smear) (CHKUP)	1.0	100.00
15	10/09/2561	[41001] CHEST X-RAY (ตรวจสุขภาพ) (CHKUP)	1.0	170.00
16	10/09/2561	[31001] Urine Analysis (CHKUP)	1.0	50.00
17	10/09/2561	[55020] บริการผู้ป่วยนอก ในอาคารราชการ (CHKUP)	1.0	50.00
			รวมทั้งสิ้น/Total :	1,100.00

ตรวจสอบรหัสรายการ  
ตรวจสอบสุขภาพ ตาม ว 177

## วิธีการคำนวณการเบิกชดเชย กรณีผู้ป่วยใน รพ.เอกชน

1. นำค่าใช้จ่ายทั้งหมด – ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ (service charge)
2. ค่ารักษาพยาบาลที่ได้จากข้อ 1 นำมาหาร 2 แต่ไม่เกินแปดพันบาท (ค่ารักษาพยาบาลเบิกได้กึ่งหนึ่งแต่ไม่เกินแปดพันบาท)
3. นำค่ารักษาจากข้อ 2 รวมค่าห้อง ค่าอาหาร คึ้นละ 1,000 บาท (ห้อง ICU 600 บาท ห้องสามัญ 400 บาท)



รายการ ( PARTICULARS )

บาท ( BATH )

1.1.1 (1) ยาผู้ป่วยใน ( Medication-Inpatient )		614.00
1.1.1 (2) ยาผู้ป่วยกลับบ้าน ( Home Medication )		2,500.00
1.1.1 (3) น้ำเกลือ 5% D/S/2 1000 CC 1ขวด		220.00
1.1.2 (1) เวชภัณฑ์ 1 ( Medical Supplies-1 )		265.00
1.1.2 (1) เวชภัณฑ์ 2 ( Medical Supplies-2 )		
1.1.2 (3) เวชภัณฑ์ 3 ( Medical Supplies-3 )		
1.1.3 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ( Blood Transfusion Services and Blood Components ) (23999)		
1.1.4 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา ( Laboratory Investigation Pathology ) (37999) /		1,510.00
1.1.5 ค่าตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางรังสีวิทยา ( Diagnostic Radiology and Radiotherapy ) (38999)		
1.1.5 (1) ค่าตรวจวินิจฉัยปกติ ( Standard Diagnostic Imaging ) (41001)		
1.1.5 (2) ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษ ( Spacial Diagnostic Imaging ) CT Brain Non Contrast		3,100.00
1.1.6 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ ( Spacial Diagnostic ) EKG		450.00
1.1.7 (1) ค่าตรวจอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ทั่วไป (General Medical Equipment ) O2		
1.1.7 (2) ค่าตรวจอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ห้องผ่าตัด (Medical Equipment in Operating TH )		
1.1.8 ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด ( Operating Theater and Delivery Room )		
1.1.9 ค่าบริการทางทันตกรรม ( Dental Services )		
1.1.10 ค่าบริการทางกายภาพบำบัด ( Physical Therapy )		
1.1.12 ค่าบริการการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์(Nursing and Midwifery Charge) (55010) /		300.00
1.1.14 (1) ค่าบริการชุดหมาง่าย ( Medical Packages )		
1.1.14 (2) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ (Service Charge)		350.00
1.2.1 ค่าตรวจรักษาทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพ ( Physician Evaluation and Management Services ) (55090) /		1,200.00
1.2.1 (11) ตรวจวินิจฉัยเฉพาะ		
1.2.2 ค่าทำหัตถกรรมและหัตถการต่าง ๆ (Physician Procedures)		
2.1 ค่าห้องหรือค่าเตียงผู้ป่วยในประเภทต่าง ๆ ( Standard Inpatient Accommodation) 1,250 บาท 1 วัน (21201)		1,250.00
2.5 ค่าบริการรถพยาบาล (Ambulance Services)		
	รวม	11,759.00

$$1. \quad 11,759 - 1,250 - 350 = 10,150$$

$$2. \quad 10,150 / 2 = 5,079.5$$

$$3. \quad 5,079.5 + 1,000 = 6,079.5$$





โรงพยาบาลนครคริสเตียน  
Nakhon Christian Hospital

เล่มที่ 1512

ใบรับรองแพทย์

№ 1

โรงพยาบาลนครคริสเตียน  
(บริษัท มิตรดูแลวงการและพัฒนา จำกัด)

1110/1 ถ.ศรีปราชญ์ ต.ถัง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

วันที่ 09 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ข้าพเจ้า



แพทย์ปริญญาแผนปัจจุบันชั้น 1  
ประจำโรงพยาบาลนครคริสเตียนนครศรีธรรมราช

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์

ได้ทำการตรวจร่างกายของ

เมื่อวันที่ 09 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ปรากฏว่าเป็นโรค ผอ.อ.ร.น. อ.ช.ว.น.ร.อ

มีความเห็นว่า

ผู้ถูกตรวจเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะอ้วนเกินไป มีหินปูน  
ในเข่าทั้งสองข้าง มีไขมันในเลือดสูง  
ไม่มีโรคประจำตัว หักโง่งพุงในโรงพยาบาล  
เมื่อเดือน 09 พ.ศ. 2560 ณ วันที่ 09 พ.ศ. 2560

\*\*\*เอกสารฉบับนี้ไม่มีผลใช้บังคับหากผู้ตรวจไม่เซ็นชื่อและประทับตรา

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้ตรวจ  
ตำแหน่ง..... นพ.ทศพร วัฒนวิเศษ  
ผู้รับใบรับรองแพทย์.....

## ปัญหาที่พบบ่อย

1. ไม่เชื่ินต์รับรองการจ่ายเงิน “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้สำรองจ่ายเงินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลไปจริงทุกประการ”
2. ไม่มีเอกสารแนบตามระเบียบกรมบัญชีกลาง เช่น
  - ❖ ใบรับรองยานอกบัญชีหลัก
  - ❖ ใบรับรองการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย
  - ❖ รายละเอียดการรักษา (รหัสบริการหมวดต่าง ๆ )
3. เจ้าหน้าที่การเงิน ไม่ได้ตรวจสอบอัตราจ่ายก่อนส่งเบิก เช่น รหัส 55020 เบิกได้ 50 บาท รพ.ออกใบเสร็จ 110 บาท
4. กรณีตรวจสอบสุขภาพเบิกได้ ตามเอกสารแนบท้าย ว.177 เท่านั้น

## ปัญหาที่พบบ่อย (ต่อ)

5. กรณีแพทย์ รพ.รัฐ ส่งไปรักษา รพ./คลินิกเอกชน
  - ไม่มีหนังสือส่งตัว
  - ชื่อสถานพยาบาลเป็นรพ./คลินิกเอกชน
6. เอกสารแนบไม่ตรงกับคำขอเบิก เช่น ชื่อ วันรับบริการ ชื่อสถานพยาบาล ราคาค่ารักษา เป็นต้น

## ประเภทคำขอเบิก ที่ปฏิเสธการจ่าย (ลบคำร้อง)

1. สิทธิที่ใช้เบิก **ไม่ใช่ สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น**  
เช่น สิทธิเบิกกรมบัญชีกลาง สิทธิประกันสังคม สังกัดกรุงเทพมหานคร  
เมืองพัทยา
2. กรณีบุคคลในครอบครัวใช้สิทธิตรวจสุขภาพประจำปี  
ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ว.177 กรณีตรวจสุขภาพใช้สิทธิได้เฉพาะเจ้าของ  
สิทธิเท่านั้น
3. รายการค่ารักษาพยาบาลที่ ไม่ได้กำหนดไว้ตามประกาศของกรมบัญชีกลาง
4. เข้ารักษา รพ.เอกชน แผนกผู้ป่วยนอก โดยไม่มีหนังสือส่งตัวจากแพทย์ รพ.รัฐ



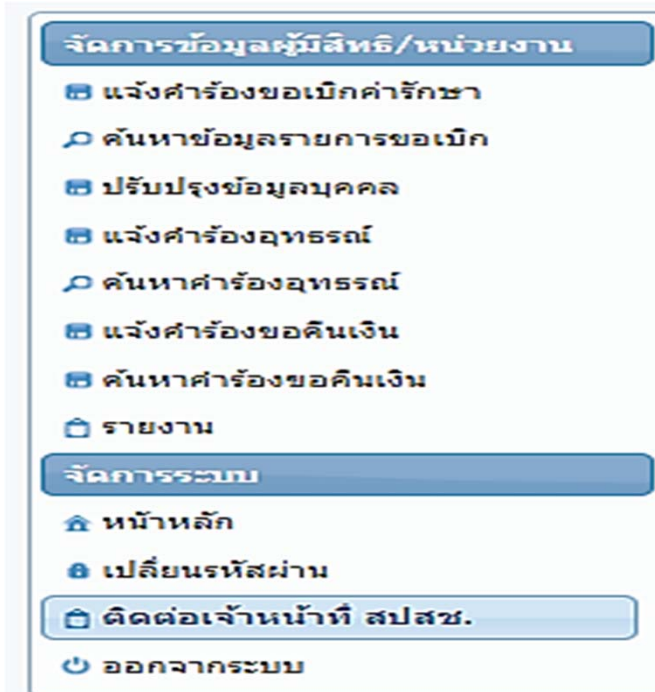
### 3.ระบบทะเบียนบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น





# ขั้นตอนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. [www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th) >> หัวข้อ “บริการออนไลน์” >> งานทะเบียน “ข้อที่ 13 โปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” >> Log in ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card)
2. ระบบจะแสดงเมนูตามบทบาทของ USER



# ขั้นตอนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล (ต่อ)

เมนู

## แจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษา

### แจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษา

รหัสประจำตัวประชาชนผู้รับการรักษา\*

วันที่เข้ารับการรักษา\*

ชื่อนามสกุล

หน่วยบริการจังหวัด\*

หน่วยบริการอำเภอ\*

หน่วยบริการที่เข้ารับการรักษา\*

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน

ค่ารักษาพยาบาลเฉพาะที่เบิกได้\* 0.00

ค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งหมด\* 0.00

กรณีที่ใบเสร็จรับเงินมีอายุเกิน 1 ปี (นับตั้งแต่วันที่ระบุใบใบเสร็จ)  ผู้มีสิทธิได้ยื่นใบเบิกเงินพร้อมด้วยหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลต่อผู้บังคับบัญชาตามที่กำหนดให้เป็นผู้รับรองการใช้สิทธิภายในระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงิน

### Message

สิทธิการรักษาพยาบาล: สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (LGO)

สิทธิที่ใช้เบิก: สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (บุคคลในครอบครัว)

วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่: 24 พ.ค. 61

วันที่นายทะเบียนอนุมัติ: -

วันที่เข้ารับการรักษา: 30/09/2561

ปิด

# ขั้นตอนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล (ต่อ)

เมนู

แจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษา

แบบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน

ขนาดไฟล์แนบต้องไม่เกิน 2 MB. และมีนามสกุล doc, docx, pdf, jpg, gif, png เท่านั้น

ไฟล์แนบ \* : **เลือกไฟล์** ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

**ประเภทเอกสาร** : ใบเสร็จรับเงิน **ใบเสร็จรับเงิน** เอกสารแนบอื่นๆ

เลขที่ใบเสร็จ \* :

**แบบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน** บันทึก

ป้าเข้า



File name: 2364584.pdf

## ขั้นตอนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล (ต่อ)

เมนู

ค้นหาข้อมูลรายการขอเบิก

### ค้นหาข้อมูลรายการขอเบิก

วันที่ขอเบิก ระหว่างวันที่	<input type="text"/>		ถึงวันที่	<input type="text"/>	
ชื่อเจ้าหน้าที่ ผู้ขอเบิก	<input type="text"/>		นามสกุล	<input type="text"/>	
ชื่อผู้เข้ารับ บริการ	<input type="text"/>		นามสกุล	<input type="text"/>	
เลขที่คำร้อง	<input type="text"/>		สถานะ	<input type="text" value="แสดงทั้งหมด"/>	
			หมายเหตุ	<input type="text" value="-"/>	

แสดงทั้งหมด

- ส่งคำร้องขอเบิก
- ไม่อนุมัติ
- ผ่านการพิจารณา
- อุทธรณ์ล่าช้า
- ไม่อนุมัติอุทธรณ์ล่าช้า
- ผ่านการพิจารณาอุทธรณ์ล่าช้า
- อุทธรณ์ล่าช้า(สปสช.)
- ไม่อนุมัติอุทธรณ์ล่าช้า(สปสช.)

# การปรับปรุงข้อมูลบุคคล

เมนู

## ปรับปรุงข้อมูลบุคคล

จัดการข้อมูลผู้มีสิทธิ > ปรับปรุงข้อมูลบุคคล

เลขประจำตัวประชาชน \*

1

ค้นหา

เริ่มใหม่

### รายละเอียดบุคคล

เลขประจำตัวประชาชน	[REDACTED]		
ชื่อ	[REDACTED]	นามสกุล	[REDACTED]
เพศ	หญิง	เดือนปีเกิด	มกราคม 2483
สถานะบุคคล	บุคคลนี้มีภูมิลำเนาอยู่ในบ้านนี้		

2

หมายเหตุ การปรับปรุงข้อมูลจะถูกปรับปรุงในวันถัดไป โดยอ้างอิงข้อมูลบุคคลจากทะเบียนราษฎร์

ปรับปรุงข้อมูลบุคคล

# แจ้งคำร้องอุทธรณ์



เมนู

แจ้งคำร้องอุทธรณ์

เงื่อนไข

เลขที่คำร้องที่ขออุทธรณ์ \* 147952

ค้นหา

ล้างข้อมูล



# แจ้งคำร้องอุทธรณ์ (ต่อ)

เมนู

แจ้งคำร้องอุทธรณ์

แก้ไขรายละเอียด			
เลขที่คำร้อง	147952	รหัสประจำตัวประชาชนผู้รักษา	[REDACTED]
ชื่อ	[REDACTED]	นามสกุล	[REDACTED]
หน่วยบริการจังหวัด	นครศรีธรรมราช	หน่วยบริการอำเภอ	ฉวาง
หน่วยบริการที่เข้ารับการรักษา	รพร.ฉวาง		
วันที่เข้ารับการรักษา	08/04/2557	ประเภทผู้ป่วย	<input checked="" type="radio"/> ผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> ผู้ป่วยใน
สาเหตุการอุทธรณ์แก้ไขรายละเอียด	กรณาระบุ <div data-bbox="918 1181 1702 1420"><input type="checkbox"/> บันทึกข้อมูลรพ. ไม่ตรงกับเอกสาร <input checked="" type="checkbox"/> แนบเอกสารประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม</div>		

# แจ้งคำร้องอุทธรณ์ (ต่อ)

เมนู

แจ้งคำร้องอุทธรณ์

แก้ไขจำนวนเงิน

ข้อมูลงวดที่	RCPLGO57-09 โอน
ประเภทเขตสุขภาพ	ขอเบิกเพิ่ม
คำรักษาพยาบาล เฉพาะที่เบิกได้	
สาเหตุการอุทธรณ์ แก้ไขจำนวนเงิน	กรณีระบุ

- ขอเบิกเพิ่มกรณีตรวจสุขภาพ
- ขอเบิกเพิ่มกรณีบันทึกข้อมูลการรักษาไม่ครบถ้วนตามระเบียบกรมบัญชีกลาง
- ขอเบิกเพิ่มกรณีฟอกเลือดล้างไต
- ขอเบิกเพิ่มกรณียานอกบัญชียาหลัก
- ขอเบิกเพิ่มกรณีรักษาแพทย์แผนไทย
- ขอเบิกเพิ่มกรณีส่วนต่างประกันสังคม
- ขอเบิกเพิ่มกรณีเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยในรพ.รัฐ
- ขอเบิกเพิ่มกรณีเข้ารับรักษาประเภทผู้ป่วยในรพ.เอกชน
- ขอเบิกเพิ่มกรณีเบิกอวัยวะเทียม
- ขอเบิกเพิ่มกรณีแนบเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ครบถ้วน

# แจ้งคำร้องอุทธรณ์ (ต่อ)

เมนู

แจ้งคำร้องอุทธรณ์

### เอกสารแนบ

**แนบไฟล์**

ลำดับ	รายการไฟล์แนบ	ประเภทเอกสาร	เลขที่	แสดงเอกสาร	ดาวน์โหลด	ลบ
No records found.						

### แนบไฟล์ใบเสร็จรับเงิน

ขนาดไฟล์แนบต้องไม่เกิน 2 MB. และมีนามสกุล doc, docx, pdf, jpg, gif, png เท่านั้น

ไฟล์แนบ \* : **เลือกไฟล์** ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

ประเภทเอกสาร \* : ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ \* : 1234

**บันทึก**

**นำเข้า**

- แบบอุทธรณ์
- ใบเสร็จรับเงิน**
- เอกสารแนบอื่นๆ

# ค้นหาคำร้องอุทธรณ์

เมนู

## ค้นหาคำร้องอุทธรณ์

### ค้นหาคำร้องอุทธรณ์

อุทธรณ์ ระหว่างวันที่  ถึงวันที่

เลขประจำตัวประชาชนผู้ใช้สิทธิ

เลขที่คำร้อง  เลขที่คำร้องอุทธรณ์

สถานะอุทธรณ์

จำนวนแถวต่อหน้า 20 (1 of 1)

ลำดับที่	รายละเอียด	เลขที่อุทธรณ์	เลขที่คำร้อง	รหัสประจำตัวประชาชน ผู้รักษา	ชื่อ-นามสกุล ผู้รักษา	วันที่เข้ารับการรักษา รับการรักษา	สาเหตุการอุทธรณ์
No records found.							

จำนวนแถวต่อหน้า 20 (1 of 1)

# แจ้งคำร้องขอคืนเงิน

เมนู

แจ้งคำร้องขอคืนเงิน

## แจ้งคำร้องขอคืนเงิน

— เพิ่มเลขที่คำร้อง

เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่คำร้อง

147952

ค้นหา

## รายละเอียด

เลขที่คำร้อง	147952		
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ	[REDACTED]	ชื่อ-นามสกุลผู้รับบริการ	[REDACTED]
เลขประจำตัวประชาชนผู้มีสิทธิ	[REDACTED]	ชื่อ-นามสกุลผู้มีสิทธิ	[REDACTED]
ข้อมูลงวด	งวดได้รับ/คืนเงิน	วันที่ได้รับ/คืนเงิน	จำนวนเงินได้รับ/คืนเงิน
	RCPLG057-09-P02	07 ก.ค. 2557	740.00
	รวมจำนวนเงินได้รับสิทธิ		↓
จำนวนเงินคืน *	140.00 บาท	จำนวนเงินได้รับคงเหลือ	600.00 บาท

## ระบบสาเหตุการแจ้งคืนเงิน

-- กรุณาเลือก --

ส่งเบิกซ้ำซ้อนกับที่เคยส่งเบิกมาแล้ว

บันทึกจำนวนเงินขอเบิกเกินอัตราที่กำหนด

ใบเสร็จรับเงินสูญหาย



เอกสารขอเบิกไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน เช่น เป็นใบแจ้งหนี้คำรักษาพยาบาล , ใบแสดงรายการคำรักษาฯ, เอกสารอื่นๆ  
ได้รับเงินชดเชยจากแหล่งอื่นแล้ว

บันทึกรหัสบัตรประชาชนไม่ตรงกับใบเสร็จรับเงิน  
อื่นๆ

ยืนยัน



# แจ้งคำร้องขอคืนเงิน

จำนวนแถวต่อหน้า 10 (1 of 1)									
ลำดับที่	เลขที่คำร้อง ขอคืนเงิน	วันที่ส่งคำร้อง	วันที่ทำรายการ	ผู้จัดทำรายการ	จำนวนเงิน	จำนวน	สถานะ	แสดง	พิมพ์
	ค่าสุดท้าย		ค่าสุดท้าย	คืนทั้งหมด	คำร้องขอเบิก	แบบฟอร์ม			
1	AR1963	07 พ.ค. 2561	07 พ.ค. 2561		-980.00	1	พิมพ์เอกสารแล้ว		

จำนวนแถวต่อหน้า 10 (1 of 1)



แบบขอคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์  
กรณีสำรองจ่ายของสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น

ที่...../.....

องค์การบริหารส่วนตำบลโรงหีบ  
ที่อยู่.....  
.....  
.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรื่อง แจ่งส่งคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์  
เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง 1. หนังสือที่ สปสช. 2.17/(อ) ว..... ลงวันที่ .....

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาใบนำฝาก..... จำนวน ..... ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออนเงินค่าบริการทางการแพทย์ กรณีสำรองจ่ายของสิทธิ  
สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่นให้กับ สำนักงาน ..... องค์การบริหารส่วนตำบลโรงหีบ..... รหัสหน่วยงาน N5355.....  
ซึ่งหน่วยงานได้ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายชดเชยดังกล่าวและมีความประสงค์ขอคืนเงิน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับ	เลขที่คำร้อง	ผู้ใช้สิทธิ		จำนวนเงิน				
		ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	จำนวนเงิน ขอเบิก	จำนวนเงิน จ่ายชดเชย	งวดรายงาน การโอนเงิน	จำนวนเงิน ขอคืน	เหตุผลการคืนเงิน
1	1323143	สุนทร เถินมงคล	3360700259262	980.00	980.00	RCPLGO61-06-P02	-980.00	บันทึกหักบัตรประชาชนไม่ตรงกับใบเสร็จรับเงิน

ดั้งนั้น สำนักงาน ..... องค์การบริหารส่วนตำบลโรงหีบ ..... รหัสหน่วยงาน ..... N5355 .....  
 จึงขอส่งคืนเงิน ให้กับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเลขที่คำร้องคืนเงิน ..... AR1963 ..... เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น  
 ..... -980 ..... บาท (..... ลบเก้าร้อยแปดสิบบาทถ้วน ..... )

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงาน องค์การบริหารส่วนตำบลโรงหีบ.....

ชื่อผู้ประสานงาน .....

เบอร์โทร 034702840 ต่อ 101.

## ขั้นตอนการโอนเงินคืนให้แก่ สปสช.

1. ให้ อปท. โอนเงินคืนให้แก่ สปสช. ตามจำนวนเงินที่ตรงกับเอกสารที่สั่งพิมพ์จากระบบ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารใดธนาคารหนึ่ง ดังนี้
  - ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ (อาคารB) ชื่อบัญชี "กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)" เลขที่บัญชี 02-002-8-04827-8 (บัญชีออมทรัพย์)
  - ธนาคารกรุงไทย สาขาศูนย์ราชการฯ แจ้งวัฒนะ (อาคาร บี) ชื่อบัญชี "กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)" เลขที่บัญชี 955-0-17298-8 (บัญชีออมทรัพย์)
2. นำเอกสารที่พิมพ์ออกจากโปรแกรม ไปเพิ่มเติมข้อความให้ครบถ้วน สมบูรณ์ และเสนอผู้มีอำนาจลงนาม
3. จัดส่งเอกสารตามข้อ 2 พร้อมหลักฐานการคืนเงิน (สำเนาเอกสารการโอนเงิน) มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)ตามที่อยู่ ดังนี้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4  
อาคารรวมหน่วยงานราชการ "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550"  
ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

## 4. ตรวจสอบรายงานการโอนเงิน

### จัดการข้อมูลผู้มีสิทธิ/หน่วยงาน

- แจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษา
- ค้นหาข้อมูลรายการขอเบิก
- ปรับปรุงข้อมูลบุคคล
- แจ้งคำร้องอุทธรณ์
- ค้นหาคำร้องอุทธรณ์
- แจ้งคำร้องขอคืนเงิน
- ค้นหาคำร้องขอคืนเงิน

### รายงาน

#### จัดการระบบ

- หน้าหลัก
- เปลี่ยนรหัสผ่าน
- ติดต่อเจ้าหน้าที่ สปสช.
- ออกจากระบบ

### รายงาน

- รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามจังหวัด
- รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามเขต
- รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามหน่วยงาน
- รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามอำเภอ
- รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิ
- รายงานการเข้ารับบริการ
- รายงานการรับข้อมูลเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีสำรองจ่ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นรายเดือน (Statement)**
- รายงานข้อมูลการเข้ารับบริการผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น
- รายงานการรับข้อมูลเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีอุทธรณ์ (Statement)
- รายงานการโอนเงินกรณีเบิกค่ารักษาด้วยใบเสร็จตามหน่วยงาน



## 4. ตรวจสอบรายงานการโอนเงิน (ต่อ)

### รายงานการรับข้อมูลเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีสำรองจ่ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นรายเดือน (Statement)

ประเภทงวด งวดปกติ  
ข้อมูลงวดที่ RCPLGO61-11-P03 (โอนเงินแล้ววันที่ 14 ก.ย. 61)

ค้นหา

ส่งข้อมูลออก PDF

ส่งข้อมูลออก Excel

เริ่มใหม่

จำนวนแถวต่อหน้า 30 (1 of 1)

### รายงานการรับข้อมูลเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีสำรองจ่ายของพนักงานส่วนท้องถิ่น (Statement)

ข้อมูลงวดที่ RCPLGO61-11-P03

ต้นสังกัด : องค์การบริหารส่วนตำบลไสนร่า (N2168)

วันที่พิมพ์ 26 กันยายน 2561 เวลา 10:29 น.

ลำดับ	เลขที่ สำรอง	ว/ด/ป ส่งข้อมูล	ว/ด/ป อนุมัติ	ผู้มีสิทธิ	ผู้ใช้สิทธิ		ความ สัมพันธ์	หน่วยบริการรักษา		จำนวนเงินค่ารักษา (บาท)		
					ชื่อ-สกุล	รหัสบัตร ประชาชน		รหัส	ชื่อ	ทั้งหมด	ที่เบิกได้	ที่อนุมัติ
1	1661259	21 ส.ค. 61	22 ส.ค. 61					13756	รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	1,821.00	1,231.00	1,231.00
2	1661325	21 ส.ค. 61	22 ส.ค. 61					13756	รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	1,141.00	671.00	671.00
3	1661340	21 ส.ค. 61	22 ส.ค. 61					13756	รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	2,800.00	2,000.00	2,000.00
4	1661438	21 ส.ค. 61	22 ส.ค. 61					13756	รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	1,280.00	1,280.00	1,280.00
5	1661458	21 ส.ค. 61	22 ส.ค. 61					13756	รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	810.00	250.00	250.00
									รวม	7,852.00	5,432.00	5,432.00

## 4. ตรวจสอบรายงานการโอนเงิน (ต่อ)

### จัดการข้อมูลผู้มีสิทธิ/หน่วยงาน

- 📄 แจ้งคำร้องขอเบิกค่ารักษา
- 🔍 ค้นหาข้อมูลรายการขอเบิก
- 📄 ปรับปรุงข้อมูลบุคคล
- 📄 แจ้งคำร้องอุทธรณ์
- 🔍 ค้นหาคำร้องอุทธรณ์
- 📄 แจ้งคำร้องขอคืนเงิน
- 📄 ค้นหาคำร้องขอคืนเงิน
- 📄 รายงาน

### จัดการระบบ

- 🏠 หน้าหลัก
- 🔒 เปลี่ยนรหัสผ่าน
- 📄 ติดต่อเจ้าหน้าที่ สปสช.
- 🔌 ออกจากระบบ

### รายงาน

- 📄 รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามจังหวัด
- 📄 รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามเขต
- 📄 รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามหน่วยงาน
- 📄 รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น แยกตามอำเภอ
- 📄 รายงานข้อมูลผู้มีสิทธิ
- 📄 รายงานการเข้ารับบริการ
- 📄 รายงานการรับข้อมูลเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีสำรองจ่ายของพนักงานส่วนท้องถิ่นรายเดือน (Statement)
- 📄 รายงานข้อมูลการเข้ารับบริการผู้มีสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น
- 📄 รายงานการรับข้อมูลเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีอุทธรณ์ (Statement)
- 📄 รายงานการโอนเงินกรณีเบิกค่ารักษาด้วยใบเสร็จตามหน่วยงาน

## 4. ตรวจสอบรายงานการโอนเงิน (ต่อ)

### รายงานเอกสารการโอนเงินแยกตามหน่วยบริการ

เขตพื้นที่ เขต 11 สุราษฎร์ธานี จังหวัด นครศรีธรรมราช

หน่วยบริการ ██████████

วันที่โอนตั้งแต่ 01/10/2560 ถึง 26/09/2561



ลำดับ	วันที่โอน	Batch No.	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	กองทุนย่อย	กองทุนย่อยเฉพาะด้าน	จำนวนเงิน	ผลการโอน	หักหนี้ค้าง	หลักประกันสัญญา	ภาษี	คงเหลือ	จำนวนเงินรอหักกลับ	เงินโอนเข้าบัญชี	Download หนังสือ			รายละเอียดการโอนเงิน
														แจ้งโอนเงิน	แจ้งชะลอโอนเงิน	แจ้งจำนวนเงินรอหักกลับ	
1.	14/09/2561	2564	RCPLGO61-11-P03	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	5,432.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,432.00	0.00	5,432.00				
2.	05/09/2561	2430	RCPLGO61-11-P02	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	10,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00	0.00	10,000.00				
3.	22/08/2561	2241	RCPLGO61-10-P02	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	625.00	0.00	0.00	0.00	0.00	625.00	0.00	625.00				
4.	19/07/2561	2002	RCPLGO61-09-P02	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	7,718.50	0.00	0.00	0.00	0.00	7,718.50	0.00	7,718.50				
5.	02/07/2561	1879	RCPLGO61-09-P01	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	2,258.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,258.00	0.00	2,258.00				
6.	18/06/2561	1707	RCPLGO61-08-P02	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	168.00	0.00	0.00	0.00	0.00	168.00	0.00	168.00				
7.	31/05/2561	1561	RCPLGO61-08-P01	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	19,157.00	0.00	0.00	0.00	0.00	19,157.00	0.00	19,157.00				
8.	16/05/2561	1444	RCPLGO61-07-P02	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	1,400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,400.00	0.00	1,400.00				
9.	23/03/2561	0995	RCPLGO61-05-P02	สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น	กรณีจ่ายตรงให้อปท.	3,174.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,174.00	0.00	3,174.00				
<b>รวม</b>						<b>49,932.50</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>49,932.50</b>	<b>0.00</b>	<b>49,932.50</b>				





## สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.02933.....

วันที่ 14.09.2018.....

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท.

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ ..... (.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ

เลขที่ ID No.256420180914.....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ  
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน  
ทั้งสิ้น .....5,432.00..... บาท (.....ห้าพันสี่ร้อยสามสิบสองบาทถ้วน.....)  
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก .....ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร..... เลขที่ .....018902466354.....

ใบแสดงรายละเอียดการ โอนเงินกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท. ของ

ณ. วันที่ 14.09.2018 ID No. 2564

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงาน ส่วนท้องถิ่น	RCPLGO61-11- P03	5,432.00	0.00				5,432.00
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		<b>5,432.00</b>					<b>5,432.00</b>





20180000104307

## แบบตอบรับเงินโอนค่าบริการทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย  ใบเสร็จรับเงิน จำนวน ..... ฉบับ  
 อื่นๆ ระบุ .....

ตามที่ได้รับการสนับสนุนเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท. จำนวนเงินทั้งสิ้น

5,432.00 บาท (ห้าพันสี่ร้อยสามสิบสองบาทถ้วน)

..... ได้รับการโอนเงินดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว  
จึงขอจัดส่งใบเสร็จรับเงิน หรืออื่นๆ ที่ระบุ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นหลักฐานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ**
1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
  2. ส่วนต่างของเงินโอนที่เกิดจากการหักภาษี ณ ที่จ่าย และ/หรือค่าธรรมเนียมธนาคารผู้รับเงินเป็นผู้รับผิดชอบ ดังนั้นขอให้ออกใบเสร็จให้กับ สปสช. ตามจำนวนเงินที่ระบุในหนังสือ
  3. ขอให้ท่านแนบหนังสือฉบับนี้มาทุกครั้งที่มีการจัดส่งใบเสร็จหรือหลักฐานตอบรับการโอนเงินให้ สปสช.

.....

กรุณาจัดส่งเอกสารกลับมาที่

สำนักงานการเงินและบัญชีกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๕๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่

กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐



กระป๋อง พังงา ภูเก็ต



ชุมพร ระนอง



นครศรีธรรมราช



สุราษฎร์ธานี

อาคม เดชประมวลพล สปสช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี

โทร 0982797707

E-mail [arkhom.d@nhso.go.th](mailto:arkhom.d@nhso.go.th)