



ประกาศมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

พ.ศ. ๒๕๕๔

เพื่ออนุมัติให้เป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงเห็นสมควรออกประกาศมหาวิทยาลัย เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๔

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๗ (๑) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๐ และมติคณะกรรมการบริหารงานบุคคล ในคราวประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๔ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

๑.๑ อัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กำหนดให้บุคลากรหนึ่งราย และครอบครัวของบุคลากรรายนั้น มีสิทธิ์เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้รวมกันแล้วไม่เกินปีละ ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

การขออนุมัติเบิกจ่ายเกินอัตราปีละ ๒๐,๐๐๐ บาท ตามข้อ ๑.๑ ให้นำเข้าพิจารณาในคณะกรรมการบริหารงานบุคคล หรือคณะอนุกรรมการบริหารงานบุคคล แล้วแต่กรณี

๑.๒ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ถ้าเป็นสถานพยาบาลของรัฐ ให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ถ้าเป็นสถานพยาบาลของเอกชน ให้เบิกจ่ายได้กึ่งหนึ่ง ทั้งนี้รวมแล้วต้องไม่เกินปีละ ๒๐,๐๐๐ บาท ตามข้อ ๑.๑

ข้อ ๒ วิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

๒.๑ บุคลากรสังกัดส่วนกลางให้นำใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลพร้อมกรอกแบบฟอร์มที่แนบท้ายประกาศนี้ เสนอขออนุมัติจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และเมื่อได้รับอนุมัติจากอธิการบดีหรือผู้ที่อธิการบดีมอบหมายแล้วให้ฝ่ายการเงินและบัญชีดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แล้วเสร็จภายในห้าวันทำการนับจากวันที่ได้รับอนุมัติ

๒.๒ บุคลากรสังกัดวิทยาเขตให้นำใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลพร้อมกรอกแบบฟอร์มที่แนบท้ายประกาศนี้ เสนอขออนุมัติจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

และเมื่อได้รับอนุมัติจากรองอธิการบดีของวิทยาเขตนั้นหรือผู้ที่รองอธิการบดีวิทยาเขตนั้นมอบหมายแล้วให้ฝ่ายการเงินและบัญชีของวิทยาเขตนั้น ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แล้วเสร็จภายในห้าวันทำการนับจากวันที่ได้รับอนุมัติ

๒.๓ บุคลากรสังกัดวิทยาลัยสงฆ์ที่อยู่นอกเขตที่ตั้งของมหาวิทยาลัยและวิทยาเขตให้นำใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลพร้อมกรอกแบบฟอร์มที่แนบท้ายประกาศนี้เสนอขออนุมัติจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์นั้นแล้วให้ฝ่ายการเงินและบัญชีของวิทยาลัยสงฆ์นั้น ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แล้วเสร็จภายในห้าวันทำการนับจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๔



(พระเทพโสภณ)

อธิการบดี

ประธานกรรมการบริหารงานบุคคล
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย



แบบฟอร์มขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคลากรมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
(แบบท้ายประกาศมหาวิทยาลัยฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2544)

โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 - ข้าพเจ้า..... คู่สมรสชื่อ.....
 - บิดาชื่อ..... มารดาชื่อ.....
 - บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 - ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ข
 - เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
 - เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับ..... ชื่อ.....
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท
(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยฯ ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๔ ค

เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน

เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานในหน่วยงานของราชการหรือท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่น
ของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ

ง

- (3).....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการ
ส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- (4) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับ
การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 30 วัน
เมื่อวันที่..... ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา..... วัน

