

ประกาศคณะกรรมการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เรื่อง ระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการศึกษาบุตรสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2543

เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสวัสดิการเกี่ยวกับ  
การศึกษาบุตร สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ภายใต้เงินอุดหนุนทั่วไปจากงบประมาณ  
แผ่นดิน ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 6 แห่งประกาศสภามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง  
ข้อบังคับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงาน พ.ศ. 2543 และมติ  
ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ในการประชุม  
ครั้งที่ 15/2543 เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2543 จึงให้วางระเบียบไว้ดังนี้

ข้อ 1. ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา  
พยาบาลและสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2543”

ข้อ 2. ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป

ข้อ 3. ในระเบียบนี้

“พนักงาน” หมายความว่า พนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและ  
สถานพยาบาลของเอกชน ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินยี่สิบห้าเตียง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้ง  
หรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“สถานศึกษา” หมายความว่า สถานศึกษาของทางราชการและสถานศึกษาของ  
เอกชน

ข้อ 4. ให้พนักงานมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยอนุโลม  
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ 5. การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบนี้ ให้ปฏิบัติ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2538 โดยอนุโลม ยกเว้นการปฏิบัติในหมวด 2 ข้อ 7 ในเรื่องการยื่นขอเบิกเงิน

ข้อ 6. ในการยื่นขอเบิกเงิน ให้พนักงานยื่นใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลตามแบบที่กำหนดท้ายระเบียบนี้ ในทุกกรณีที่เข้ารับการักษาพยาบาล พร้อมด้วยหลักฐาน การรับเงินของสถานพยาบาลต่อผู้บังคับบัญชาให้เป็นผู้รับรองการใช้สิทธิ ภายในระยะเวลาหนึ่งปี นับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงิน หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าหมดสิทธิ ในการขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในการรักษาพยาบาลครั้งนั้น

ข้อ 7. ให้พนักงานมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร โดยอนุโลม ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม


ข้อ 8. การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรตามระเบียบนี้ ให้ปฏิบัติตาม ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร พ.ศ. 2538 โดยอนุโลม ยกเว้นการปฏิบัติในหมวด 1 ข้อ 5 ในเรื่องการใช้สิทธิ

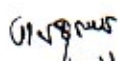
ข้อ 9. ในการยื่นขอเบิกเงิน ให้พนักงานยื่นใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร ตามแบบที่กำหนดท้ายระเบียบนี้ พร้อมด้วยหลักฐานการรับเงินของสถานศึกษาต่อผู้บังคับบัญชา ให้เป็นผู้รับรองการใช้สิทธิภายในระยะเวลาหนึ่งปี นับตั้งแต่วันเปิดภาคเรียนแต่ละภาค หากพ้นกำหนด ระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าหมดสิทธิในการขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร สำหรับ ภาคการศึกษานั้น หรือปีการศึกษานั้นแล้วแต่กรณี

ข้อ 10. ให้ประธานกรรมการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงานเป็นผู้รักษาการ ตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2543

เรียน กออบคส  
เพื่อโปรดทราบ

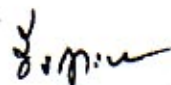
  
26 ก.ย. 2543



ประธานคณะกรรมการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงาน



28 ก.ย. 2543



(ศาสตราจารย์ธีระ สุธะบุตร)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประธานคณะกรรมการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงาน  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  หรือทำเครื่องหมายที่จำเป็น

**ก**

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า.....  คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....  มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ **ข**

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....

เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

เพิ่มจำนวน  ไม่เพิ่มจำนวน  เฉพาะส่วนที่ขาด **ค**

เป็นเงิน..... บาท (.....)

และขอรับรองว่า

(1.) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2.) คู่สมรสของ  เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

ข้าพเจ้า  เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยของส่วนราชการ หรือราชการท้องถิ่น

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

**ง**

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3.)...ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4.) ข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่..... ถึงวันที่.....

รวมระยะเวลา..... วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว

จำนวน..... บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้ง

ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5.).....ของข้าพเจ้า  ได้รับ การตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการ รักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน  
 เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....  
 รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว  
 จำนวน.....บาท  (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมรวมทั้ง  
 ค่าซ่อมแซม อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา   
 เสนอ.....  
 ข้าพเจ้า.....  
 ตำแหน่ง.....  
 ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
 ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตาม  
 ระเบียบตามจำนวนที่  
 ขอเบิก  
 (ลงชื่อ).....  
 (.....)

5. คำอนุมัติ  
 อนุมัติให้เบิกได้  
 (ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบโอนเงิน  
 โปรดโอนเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....)  
 โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขา.....เลขที่บัญชี.....  
 ชื่อบัญชี.....  
 (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
 (.....)

**คำชี้แจง**

- เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้  
 ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ให้มีคำชี้แจงแล้วว่า มีสิทธิเพียงใด และถึงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับ สิทธิที่ได้รับตามระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่าย  
 เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เฉพาะ ใบกรณีนี้ที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
	สังกัด.....
2.	คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....
	<input type="radio"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
	<input type="radio"/> เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....
	สังกัด.....
	<input type="radio"/> เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น
	ตำแหน่ง.....สังกัด.....
	เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
3.	ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอให้สิทธิเนื่องจาก
	<input type="radio"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย
	<input type="radio"/> เป็นมารดา
	<input type="radio"/> บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการสิ้นสุดของการสมรส
	<input type="radio"/> บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าตามกฎหมาย
4.	ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้
	(1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน
1.	บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
	ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
	สถานที่ศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
	ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="radio"/>
	(2) <input type="radio"/> จำนวน.....บาท
2.	บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
	ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
	สถานที่ศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
	ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="radio"/>
	(2) <input type="radio"/> จำนวน.....บาท
3.	บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
	ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
	สถานที่ศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
	ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="radio"/>
	(2) <input type="radio"/> จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

- เดือนจำนวน ..... เป็นเงิน.....บาท
  - ครั้งจำนวน ..... เป็นเงิน.....บาท
  - เฉพาะส่วนที่ยังขาด ..... เป็นเงิน.....บาท
- รวมเป็นเงิน.....บาท  
(.....)

6. ข้าพเจ้ารับรองว่า

- ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้น เป็นความจริง
- บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- เป็นผู้มิมีสิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น ต่ำกว่า จำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท จริง

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

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....  
ข้าพเจ้า.....  
ตำแหน่ง.....  
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอมิถ  
ลงชื่อ).....  
(.....)

8. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

9. ใบโอนเงิน

โปรดโอนเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....)  
โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขา.....เลขที่บัญชี.....  
ชื่อบัญชี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)