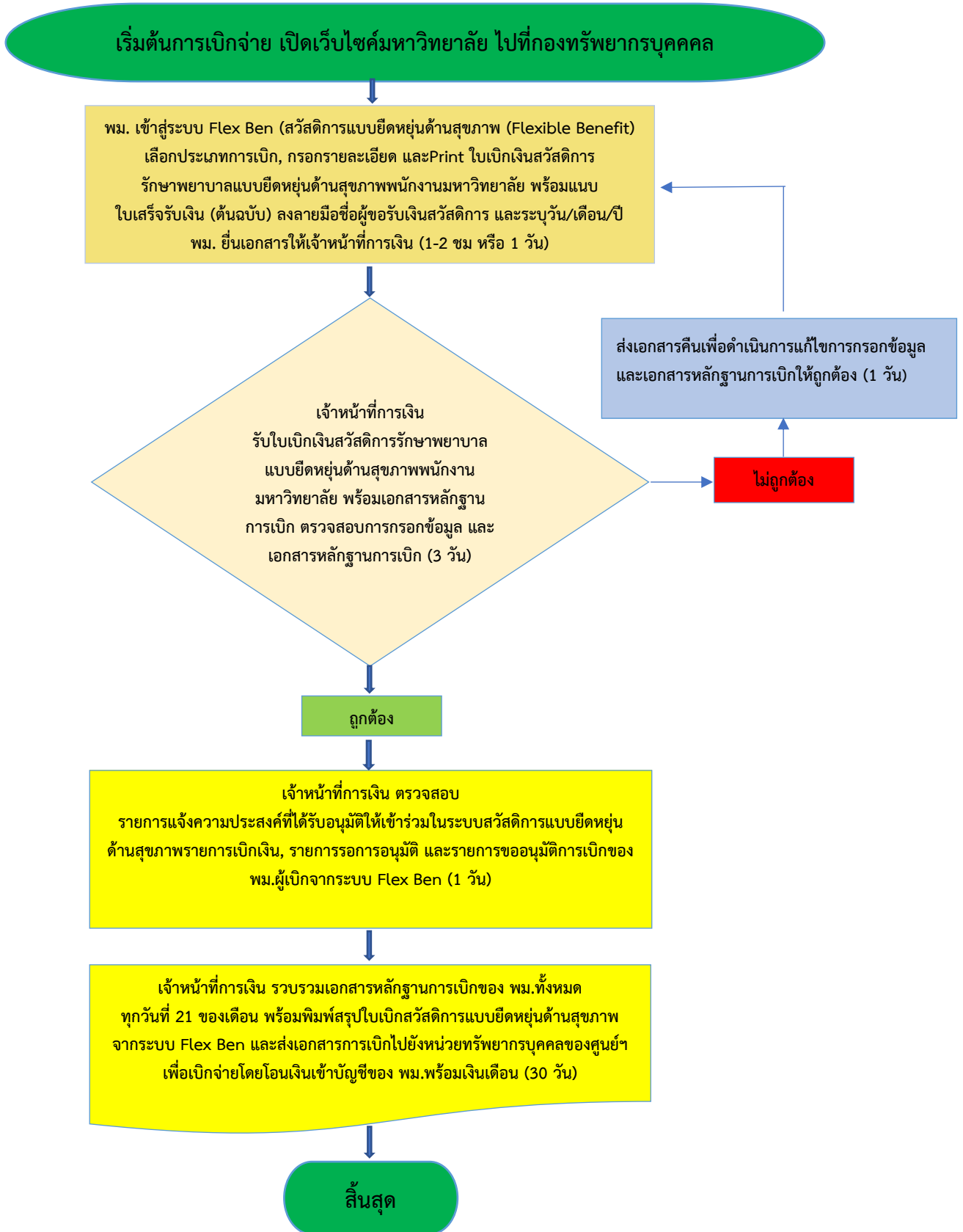




คู่มือหรือแนวทางการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (Flexible Benefit) ศูนย์สวัสดิ์สวัสดิการแห่งชาติ



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของพนักงานมหาวิทยาลัย (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562
ประกาศคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563
ประกาศคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564
ประกาศคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564
ประกาศคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2564
ประกาศคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ พ.ศ. 2562
ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การบริหารงานบุคคลของพนักงานมหาวิทยาลัย (ชื่อส่วนงาน) (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2562

เอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

2.1 แบบฟอร์มขอใบเบิกใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลแบบยึดหยุ่นด้านสุขภาพพนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัย (ตัวอย่าง แบบฟอร์ม 2.1)

2.2 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) ซึ่งออกโดยผู้ประกอบการทั้งของภาครัฐ หรือภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัยมหิดล (ตัวอย่าง แบบฟอร์ม 2.2)

(ใบเสร็จที่นำมาเบิกจ่ายทุกรายการต้องไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ระบุ

ในใบเสร็จรับเงินหรือใบรับรองการจ่ายเงินประกอบใบเสร็จรับเงิน)

กรณีเบิกประกันสุขภาพ : สำเนากรมธรรม์ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ หรือประกันโรคร้าย หรือประกันเสริมที่เป็น การประกันสุขภาพเท่านั้น ซึ่งระบุชื่อพนักงานมหาวิทยาลัยผู้เบิก

กรณีตรวจสุขภาพ : ใบเสร็จรับเงินค่าตรวจสุขภาพเพื่อการส่งเสริมป้องกันโรค หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท

กรณีการออกกำลังกาย : ใบเสร็จรับเงินค่าสมาชิก ค่าบริการสถานออกกำลังกายหรือสนามกีฬา ค่าสมัครเรียนกีฬา การฝึกออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ ค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมประเภทเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน วัยรุ่น รวมถึงไตรกีฬาที่มีการ จัดภายในประเทศ

กรณีค่ารักษาและหรือค่าบริการทางการแพทย์ : ใบเสร็จรับเงินเพื่อรักษาและป้องกันโรคทุกประเภทที่ไม่สามารถ เบิกได้ของพนักงานมหาวิทยาลัย ออกโดยสถานพยาบาล

กรณีทันตกรรม : ใบเสร็จรับเงินออกโดยสถานพยาบาล

กรณีสายตา : ใบเสร็จรับเงินค่าแว่นสายตา หรือค่าคอนแทคเลนส์ ออกโดยผู้ประกอบการ ที่มีการระบุค่าสายตา ไว้ในใบเสร็จรับเงิน ได้แก่ ค่าสายตาสั้น ยาว เอียง เป็นต้น และสำหรับค่าใช้จ่ายในการทำเลสิก (LASIK) ออกโดย สถานพยาบาล

กรณีค่ายาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่ารองเท้าเพื่อสุขภาพ : ต้องมีใบสั่งแพทย์ และใบเสร็จรับเงินต้องใช้ตาม ใบสั่งแพทย์

กรณีค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัดทุกประเภท : ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งระบุเหตุผลความจำเป็น

กรณีเครื่องฟอกอากาศ หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากกันฝุ่น : ใบเสร็จรับเงินออกโดยผู้ประกอบการ

กรณีอุปกรณ์กีฬา อุปกรณ์เพื่อสุขภาพ : ใบเสร็จรับเงินออกโดยผู้ประกอบการ หมายเหตุในกรณีรายการเบิกระบุ รายละเอียดไม่ชัดเจน โปรดแนบข้อมูลรายการเบิกหรือรูปถ่ายเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณา

กรณีค่าอุปกรณ์ตรวจ ป้องกัน หรือรักษาอาการ Covid-19 : ใบเสร็จที่สามารถเบิกได้ต้องลงวันที่ 1 ก.ค.2564 เป็นต้นไป แต่ต้องไม่เกิน 90 วันตามประกาศ

ตัวอย่าง แบบฟอร์ม 2.1



ใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลแบบยึดหยุ่นด้านสุขภาพพนักงานมหาวิทยาลัย

ปีงบประมาณ : 2568 เลขที่ใบเบิก : FB20254280001976

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

1.1 ข้าพเจ้า [redacted] ตำแหน่ง [redacted] ศูนย์สวัสดิการแห่งชาติ

หน่วยงาน งานบริหารวิชาการ รหัสบุคลากร [redacted] เบอร์ติดต่อ [redacted] E-mail [redacted]

ประเภทบุคลากร: พนักงานมหาวิทยาลัย Functional Area: [redacted]

1.2 รายการเบิก

ลำดับ	ประเภท	วันขึ้นใบเสร็จ	สถานที่รับบริการบนใบเสร็จ	รายการ	จำนวนเงินที่เบิก(บาท)
1	สายตา	30/09/2024 เลขที่: 002-1-00069	บริษัท รวมเจริญพัฒนา จำกัด (มหาชน)	CDNA5B999999999-คอนแทคเลนส์ (CONTACT LENS) คาสาตา R-3.25D L-3.25D	450.00

รวมจำนวนเงินทั้งหมด 450.00

1.3 รายละเอียดวงเงิน

วงเงินปี	จำนวนเงินที่ไป (รวมเบิกครั้งนี้)	ยอดเงินคงเหลือที่จะเบิกได้
5,000.00	450.00	4,550.00

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง ทั้งนี้หากข้อมูลที่ยื่นมาไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้านัดคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงได้รับ โดยจะยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินได้จากมหาวิทยาลัยและระงับการจ่ายสวัสดิการแบบยืดหยุ่นของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้มหาวิทยาลัยจะใส่อะไรประกอบการเบิกจ่ายมาประมวลผลในภาพรวม โดยไม่ใส่อะไรที่ระบุตัวตนได้ เพื่อประโยชน์ในการบริหารสวัสดิการของมหาวิทยาลัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

-โปรดแนบใบเสร็จประกอบแบบฟอร์มใบเบิก

-โปรดส่งแบบฟอร์มใบเบิกนี้ไปยังฝ่ายทรัพยากรบุคคลของส่วนงานต้นสังกัด

(ลงชื่อ) [redacted] ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วัน/เดือน/ปี [redacted]

วันที่พิมพ์ : 07/11/2024

มหาวิทยาลัย/ส่วนงานจะนำเงินที่เบิกโอนเข้าบัญชีเงินเดือนของท่านต่อไป

ตัวอย่าง แบบฟอร์ม 2.2

บริษัท ร่วมเจริญพัฒนา จำกัด (มหาชน)/RUAM CHAROEN PATTANA PUBLIC COMPANY LIMITED

เลขที่ 99, 25/18-20 หมู่ที่ 4 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด นนทบุรี 11120

99, 25/18-20 Moo 4, Bang Talat, Pak Kret, Nonthaburi 11120

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/Tax ID 0107567000201 สาขาที่ออกใบกำกับภาษีคือ สาขาที่/Branch No.02785

ต้นฉบับ
ORIGINAL

เลขที่ /No. 002-1-00069

วันที่ /Date 30/09/2024

ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
RECEIPT/TAX INVOICE

ชื่อ นามสกุล
และที่อยู่ตามบัตรประชาชน ของพนักงาน

สำนักงานใหญ่ /Head Office
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/Tax ID

ลำดับที่ No.	รหัสสินค้า-รายละเอียด Item Code-Description	จำนวน Quantity	หน่วยนับ UoM	ราคา/หน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
1	CDNA5B999999999-คอนแทคเลนส์ (CONTACT LENS)	3	กล่อง	150.00	450.00
	ระบุค่าสายตา				
	พ.ศ.๒๕๖๓ ๒-3.25 D				
	L- 3.25 D				
หมายเหตุ/Remark:					จำนวนเงินรวม /Total 420.56
(One Hundred Fifty Baht Only) (เส้อยหสิบบาทถ้วน)					ภาษีมูลค่าเพิ่ม /VAT 29.44
					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น /Grand Total 450.00

ผู้รับเงิน /Cashier

หน้า 1 จาก 1