

**ขั้นตอนการขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร**  
**ตามพระราชกฤษฎีกาเงินประจำตำแหน่งและประโยชน์ตอบแทนอื่นของประธานและรองประธาน**  
**สภาผู้แทนราษฎร ประธานและรองประธานวุฒิสภา ผู้นำฝ่ายค้านในสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร**  
**สมาชิกวุฒิสภา และกรรมการ พ.ศ. ๒๕๕๕**

**ขั้นตอนแสดงความประสงค์การใช้สิทธิ ครั้งแรก ดังนี้**

**๑. สำหรับท่านสมาชิกที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น**

๑.๑ หากประสงค์ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกา ให้กรอกแบบแสดงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร แจ้งขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร โดยข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่นทั้งของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน

๑.๒ หากไม่ประสงค์ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกา ให้กรอกแบบแสดงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร แจ้งไม่ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

**๒. สำหรับท่านสมาชิกที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น**

๒.๑ หากประสงค์ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกา ให้กรอกแบบแสดงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร แจ้งขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร โดยข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาล หรือได้รับการช่วยเหลือค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน ทั้งนี้ ให้กรอกชื่อหน่วยงานอื่นที่ตนมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล และให้แนบหนังสือขอสละสิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น พร้อมหนังสือระงับการใช้สิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจาก (หน่วยงานต้นสังกัดเดิม)

๒.๒ หากไม่ประสงค์ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกา ให้กรอกแบบแสดงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร แจ้งไม่ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

**ขั้นตอนการยื่นขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล**

๑. กรอกแบบขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ [www.parliament.go.th](http://www.parliament.go.th) เมนูสภาผู้แทนราษฎร หมวดข่าว สิทธิประโยชน์ของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร) พร้อมลงลายมือชื่อ ๒ แห่ง คือ ชื่อผู้ขอรับเงินสวัสดิการและผู้รับเงิน

๒. แนบใบเสร็จรับเงินฉบับจริงพร้อมลงลายมือชื่อขอรับรองว่าได้จ่ายเงินไปตามนี้จริง และใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ยื่นแบบขอเบิกเงินสวัสดิการฯ แยกตามประเภทโรงพยาบาลรัฐบาล, เอกชน และประเภทการรักษาผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน) **\*\*กรณีเบิกค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยใน ให้แนบใบสรุปรายละเอียดค่ารักษายาบาลด้วย\*\***

๓. สิทธิที่พึงจะได้รับตามบัญชีอัตราสิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษายาบาลของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแนบท้ายพระราชกฤษฎีกา

๔. รวบรวมเอกสารยื่นขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาลได้ที่ สำนักงานคลังและงบประมาณ กลุ่มงานสวัสดิการอาคารกษาปณ์ ชั้น ๑ ถนนประดิพัทธ์ เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร หรืออาคารรัฐสภา (เกียกกาย) ในวันและเวลาราชการ

๕. กรณียื่นเอกสารการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาลระหว่างวันที่ ๑-๑๕ จะโอนเงินค่ารักษายาบาลเข้าบัญชีธนาคารพร้อมกับเงินประจำตำแหน่งและเงินเพิ่มของท่านในวันสิ้นเดือนของเดือนนั้น หากยื่นเอกสารการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาลระหว่างวันที่ ๑๖-๓๑ จะโอนเงินค่ารักษายาบาลเข้าบัญชีธนาคารของท่านในวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

แบบแสดงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล  
สำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....  
มีความประสงค์

ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

โดยข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่นทั้งของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน

มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาล หรือได้รับการช่วยเหลือค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานของรัฐ  
รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน

ชื่อหน่วยงาน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

และได้ขอสละสิทธิการได้รับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว โดยได้แนบหนังสือ  
ขอสละสิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น (เอกสารหมายเลข ๒) และหนังสือระงับ  
การใช้สิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจาก (หน่วยงานต้นสังกัดเดิม) มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล จากหน่วยงานของรัฐ  
รัฐวิสาหกิจหรือเอกชน ไม่ว่าในฐานะผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิแต่อย่างใด

ไม่ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

(.....)

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

สำนักการคลังและงบประมาณ

กลุ่มงานสวัสดิการ

โทร. ๐๒ ๒๔๔ ๒๒๘๘ ,๒๒๕๑

โทรสาร. ๐๒ ๒๔๔ ๒๒๙๐

หนังสือขอสละสิทธิการรับเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอสละสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือระงับการใช้สิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลจาก (หน่วยงานต้นสังกัดเดิม)

ตามที่ข้าพเจ้า.....สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร  
หมายเลขสมาชิก.....มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจาก.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ในฐานะผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว  
ของผู้มีสิทธิ อยู่ในขณะนี้ นั้น

ข้าพเจ้าขอสละสิทธิการรับเงินค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว สำหรับตนเองเป็นการชั่วคราว  
ในระหว่างที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)  
เพื่อขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรนับตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิ  
เบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาฯ สำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เป็นต้นไป

ทั้งนี้ หากสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้าพเจ้าใช้สิทธิ  
เบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลซ้ำซ้อนกับการใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้คืนเป็นเงินสดหรือให้สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรหักเงินเดือนหรือเงินได้อื่น  
เพื่อนำเงินส่งคืนให้แก่ทางราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

แบบขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล

สำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1) ข้าพเจ้า ชื่อ ..... นามสกุล.....  
สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หมายเลขสมาชิก.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....  
ซึ่งป่วยเป็นโรค.....และได้เข้ารับการตรวจรักษายาบาลจาก.....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....  
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

2) ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินประจำตำแหน่งและประโยชน์ตอบแทนอื่นของประธานและรองประธานสภาผู้แทนราษฎร ประธานและรองประธานวุฒิสภา ผู้นำฝ่ายค้านในสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา และกรรมการ พ.ศ. ๒๕๕๕  
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

และขอรับรองว่าข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลหรือได้รับการช่วยเหลือ

ค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร และได้ระงับการใช้สิทธิจากหน่วยงานอื่นเป็นการชั่วคราวขณะดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแล้ว

3) เสนอ เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษายาบาลสำหรับตนเองตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากภายหลังสำนักงานฯ ตรวจสอบแล้วพบว่าการขอรับเงินไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้คืนเป็นเงินสดหรือให้สำนักงานฯ หักเงินเดือนหรือเงินได้อื่นเพื่อนำเงินส่งคืนให้แก่ทางราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4) คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(นายสุชาติ โรจน์ทองคำ)

รองเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

5) ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินประจำตำแหน่งฯ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัญชีอัตราสิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษายาบาลของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา

หน่วย : บาท

| รายละเอียดค่ารักษายาบาล  | จำนวนเงิน<br>ไม่เกิน  | หมายเหตุ  |
|--|---|---|
| <p>๑. การรักษายาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการและเอกชน</p> <p>๑.๑ กรณีการรักษายาบาลผู้ป่วยใน</p> <p>    ๑.๑.๑ ค่าห้องและค่าอาหาร/วัน (ไม่เกิน ๓๑ วัน/ครั้ง)<br/>        ค่าห้อง ไอ.ซี.ยู./ซี.ซี.ยู./วัน (สูงสุด ๗ วัน/ครั้ง)</p> <p>    ๑.๑.๒ ค่ารักษายาบาลทั่วไป/ครั้ง<br/>        ค่ารถพยาบาล</p> <p>    ๑.๑.๓ ค่าแพทย์ผ่าตัด/ครั้ง</p> <p>    ๑.๑.๔ ค่าแพทย์เยี่ยมไข้/วัน (ไม่เกิน ๓๑ วัน/ครั้ง)</p> <p>    ๑.๑.๕ ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค/ครั้ง</p> <p>    ๑.๑.๖ การคลอดบุตร<br/>        (๑) คลอดธรรมชาติ<br/>        (๒) คลอดโดยการผ่าตัด</p> <p>    ๑.๑.๗ การรักษาทันตกรรม/ปี</p> <p>๑.๒ กรณีการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก<br/>    ค่ารักษายาบาลทั่วไป/ปี<br/>    อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน/ครั้ง</p> <p>๒. การตรวจสุขภาพประจำปี</p> | <p>๔,๐๐๐</p> <p>๑๐,๐๐๐</p> <p>๑๐๐,๐๐๐</p> <p>๑,๐๐๐</p> <p>๑๒๐,๐๐๐</p> <p>๑,๐๐๐</p> <p>๔,๐๐๐</p> <p>๒๐,๐๐๐</p> <p>๔๐,๐๐๐</p> <p>๕,๐๐๐</p> <p>๙๐,๐๐๐</p> <p>๒๐,๐๐๐</p> <p>๗,๐๐๐</p> | <p>- รวมค่าบริการการพยาบาล<br/>- ไม่รวมค่าผ่าตัด</p> <p>- ให้หมายความรวมถึงค่าใช้จ่าย<br/>ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เช่น<br/>ค่าแพทย์ผ่าตัด ค่าวิสัญญีแพทย์<br/>ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์<br/>ในห้องผ่าตัด ค่าเครื่องมือดมยา<br/>ค่าผ่าตัดด้วยกล้อง เป็นต้น</p> <p>- รวมถึงการรักษาภายใน ๑๕ วัน<br/>โดยไม่รวมกับค่าใช้จ่ายทั่วไป</p> |