



กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

นางแสงฉาย เชยขุนทด เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ชำนาญงาน กลุ่มงานบริหารการเงินและบัญชี



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

เอกสารประกอบการประชุมปฐมนิเทศข้าราชการและเจ้าหน้าที่
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง วันที่ 11 มกราคม 2567 ณ ห้องประชุมไพลิน ชั้น 3

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>



กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

การจ่ายเงินเดือน แบ่งเป็น 3 ประเภท

1.ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ

2.พนักงานราชการ

3.พนักงานกระทรวง

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>





กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

1. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ จะได้รับเงินเดือน ก่อนสิ้นเดือน 3 วันทำการ โดยการจ่ายเงินเดือนผ่านธนาคารกรุงไทย จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง

สำหรับข้าราชการที่บรรจุใหม่ต้องรอคำสั่งบรรจุ แต่งตั้งก่อนถึงจะได้รับเงินเดือนโดยปกติประมาณ 3 เดือน
สิทธิประโยชน์เกิดเมื่อวันที่คำสั่งบรรจุแต่งตั้ง
สิทธิที่ได้รับ

- ค่าตอบแทน พ.ต.ส. ค่าตอบแทนแพทย์ไม่ทำเวช(เฉพาะแพทย์ พยาบาล)
- ค่ารักษาพยาบาล (ตัวเอง บิดา มารดา สามีและบุตร บุตรได้ 3 คน อายุไม่เกิน 20 ปี)
- ค่าเล่าเรียนบุตร (เบิกค่าการศึกษาบุตรได้ถึงอายุได้ 25 ปี เบิกได้ 3 คน)
- ค่าเดินทางไปราชการ ค่าใช้จ่ายในการอบรม ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี





กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

เงินหักตามระเบียบ

- หักกบข. 3% ของเงินเดือนส่วนราชการสมทบให้ 3% เริ่มตั้งแต่ได้รับเงินเดือนเดือนแรกข้าราชการใหม่ทุกคนจะถูกหักเงินเดือนเข้ากองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการตามระเบียบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542

เงินหักอื่นๆ ที่สมัครเป็นสมาชิก

- สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย
- ฌำปนกิจสงเคราะห์กรมอนามัย
- กำรกู้สวัสดิการต่างๆของข้าราชการ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>



การเข้าดูเงินเดือนออนไลน์ผ่านระบบ OSS



กรมอนามัย

Log in.

โปรดระบุชื่อผู้ใช้งานเพื่อเข้าสู่ระบบ

เลขประจำตัวประชาชน

รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ

± คู่มือใช้งานระบบ

จำนวนผู้มีสิทธิ์เข้าใช้งาน 4,582 คน / ผู้เข้าใช้งาน ณ ปัจจุบัน 4,401 คน / คิดเป็นร้อยละ 97 ของผู้มีสิทธิ์ฯ

© 2024 - Auction Trade Co., Ltd.

ระบบแจ้งเงินเดือนออนไลน์

โปรดอ่าน :

ผู้ใดเข้าถึงโดยมิชอบซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่มีมาตรการป้องกันการเข้าถึงโดยเฉพาะ และมาตรการนั้นมิได้มีไว้สำหรับตน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 7 พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550)

**เข้าระบบไม่ได้ติดต่อ :
เจ้าหน้าที่จัดทำเงินเดือนหน่วยงาน
ตนเอง**

กรมอนามัยส่งเสริมสุขภาพ

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>





กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

2.พนักงานราชการ จะได้รับเงินเดือนก่อนสิ้นเดือน 2 วัน

เงินได้

-เงินเดือน

เงินหัก

-หักประกันสังคม(ส่วนลูกจ้าง) 5% นายจ้างสมทบ(ส่วนนายจ้าง) 5%

สิทธิประโยชน์

ข้าราชการพยาบาล ผู้ประกันสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเองได้โดยโหลดแอป **SSO connect Mobile** เพื่อ

-ตรวจสอบยอด

-ตรวจสอบการส่งเงินสมทบ

-ตรวจสอบสถานพยาบาล

-เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

-ตรวจสอบยอดเงินทันตกรรม

-การกู้ยืมเงิน กยส. หักโดยธนาคารกรุงไทยอัตโนมัติเมื่อผู้กู้มีรายได้

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>



3.พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จ่ายเงินเดือน ณ วันสิ้นเดือน

- ▶ เงินได้ - เงินเดือน
- ▶ เงินหัก - หักสะสมประกันสังคม(ส่วนลูกจ้าง) 5% นายจ้างสมทบ(ส่วนนายจ้าง) 5%
- ▶ สิทธิประโยชน์
 - ▶ ค่ารักษาพยาบาล ผู้ประกันสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเองได้โดยโหลดแอป SSO connect Mobile เพื่อ
- ▶ -ตรวจสอบยอด -ตรวจสอบการส่งเงินสมทบ
- ▶ -ตรวจสอบสถานพยาบาล -เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี
- ▶ -ตรวจสอบยอดเงินทันตกรรม
- ▶ -การกู้ยืมเงิน กยส. หักเองโดยอัตโนมัติโดยธนาคารกรุงไทยเมื่อผู้กู้มีรายได้



กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

การลงทะเบียนเข้าใช้งาน

1. ลงทะเบียน/กรอกข้อมูลผ่าน
APP หรือผ่านเว็บไซต์

SSO.go.th

2. รอรับ SMS เพื่อยืนยันตัวตน
ผ่านOTP

3. เข้าใช้งานเพื่อตรวจสอบ
ข้อมูลผู้ประกันตน



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>



การสมัครกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจดทะเบียนแล้ว

- กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ 2% สำหรับผู้มีการสมัคร
สมทบเข้ากองทุน นายจ้างสมทบให้ 2 % จาก
เงินเดือน ขอใบสมัครได้ที่การเงิน

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ไม่ถึง 1 ปี 0%

ตั้งแต่ 1 ปี แต่ไม่ถึง 2 ปี 20%

ตั้งแต่ 2 ปี แต่ไม่ถึง 3 ปี 40%

ตั้งแต่ 3 ปี แต่ไม่ถึง 4 ปี 60%

ตั้งแต่ 4 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี 80%

ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 100%

การส่งเอกสารด้านการเงิน

- ▶ การส่งยอดหนี้สวัสดิการต่างๆ ต้องส่งก่อนวันที่ 5 ของเดือน
- ▶ การส่งค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร ส่งภายในวันที่ 10
- ▶ การส่งเอกสารเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ต้องลงสมุดทุกครั้ง
- ▶ การขอใบรับรองเงินเดือนพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ต้องเขียนคำร้องในสมุดทุกครั้งในทะเบียนคุมที่กลุ่มงานบริหารการเงินและบัญชี

- ▶ การสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์กรมอนามัย ติดต่อขอรับเอกสารได้ที่ห้องการเงินชั้น 3
- ▶ ปลายปีจะมีเงินปันผลให้ จากส่วนของหุ้นและปันผลคืนจากส่วนของดอกเบี้ยเงินกู้
- ▶ เป็นเงินออม ด้วยการมีหุ้น
- ▶ สามารถกู้ได้ โดยกู้ได้ด้วยหุ้นตัวเอง หรือมีสมาชิกค้ำ แล้วแต่ประเภทการกู้ สามัญ ชุกเงิน

เลขที่

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

สถาบันพ ้ นาส ุ ขาว ะเขตเมือง สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อยู่บ้านเลขที่ อ ย ถนนตำบลแขวง.....

อ ำ เ อ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหนังสือสมุดบัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร มา เพื่อ
เป น หลัก ำ น ด้วยแล้ว

กรณีเป น ข้า ร ำ ช ำ ร ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

เพื่อเข้าบัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร ที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร สาขา

ประ เ ท เลขที่บัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร

เพื่อเข้าบัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร อื่น ตามที่ อนุญาต

บัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร สาขา

ประ เ ท เลขที่บัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร

กรณีเป น บุคคล ำ ย นอกเพื่อเข้าบัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร สาขา

ประ เ ท เลขที่บัญชีเงิน ำ กธ นำ ค ำ ร

และเมื่อ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล
การโอนเงินผ่านช่องทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับ
เรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

เอกสารแบบแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่าน ระบบ KTB Corporate Online -สำเนาสมุดบัญชี -สำเนาบัตรประชาชน

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล **ด้านหน้า**โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....

ได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ปีนสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท

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

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เงิน..... บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2).....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา



กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

ด้านหลัง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำนุมติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>

ด้านหน้า

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น



กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

| |
|---|
| 1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด..... |
| 2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐบาลหรือหน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง.....สังกัด..... |
| 3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาของด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา |
| 4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... |

ด้านหลัง

| |
|---|
| 5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท (.....) ก |
| 6. เสนอ..... ข <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง <input type="checkbox"/> บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว <input type="checkbox"/> คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... |
| 7. ค่าอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... |
| 8. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... |

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>





กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

Thank you

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง <http://mwi.anamai.moph.go.th>



เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินเดือน

- บัญชีเงินเดือนต้องยื่นก่อนวันที่ 5 หรือหลังเงินเดือนออก
- ภาระหนี้เมื่อการปิดบัญชี ธอส. กรุงเทพ ไทยพาณิชย์ ที่หักผ่านบัญชีเงินเดือนต้องแจ้งเจ้าหน้าที่การเงินที่จัดทำเงินเดือนก่อนวันที่ 5 ของเดือน