กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

การเบิกจ่ายเงินเดือน สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และสวัสดิการค่าตอบแทนที่พึงได้ตามสิทธิ

โดย

นางแสงฉาย เชยขุนทด

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

นางชณภา ศรีหล้า

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส

เอกสารการประชุมการปฐมนิเทศข้าราชการและเจ้าหน้าที่ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง
วันที่ 8 มกราคม 2568 ณ ห้องประชุมทับทิม ชั้น 2 สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

การจ่ายเงินเดือน แบ่งเป็น 3 ประเภท

1.ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ

2.พนักงานราชการ

3.พนักงานกระทรวง

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

1. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ จะได้รับเงินเดือน ก่อนสิ้นเดือน 3 วันทำการ โดยการจ่ายเงินเดือนผ่านธนาคารกรุงไทย จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง

สำหรับข้าราชการที่บรรจุใหม่ต้องรอคำสั่งบรรจุ แต่งตั้งก่อนถึงจะได้รับเงินเดือนโดยปกติประมาณ 3 เดือน
สิทธิประโยชน์เกิดเมื่อวันที่คำสั่งบรรจุแต่งตั้ง
สิทธิ์ที่ได้รับ

- 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

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

เงินหักตามระเบียบ

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

เงินหักอื่นๆ ที่สมัครเป็นสมาชิก

- สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย(หุ้น เงินกู้)
- ฌาปนกิจสงเคราะห์กรมอนามัย (รับสมัครสมาชิกอายุไม่เกิน 35 ปี)
- การกู้สวัสดิการต่างๆของข้าราชการ(เช่นเงินกู้ธนาคารซื้อบ้าน ที่อยู่อาศัย)

การเข้าดูเงินเดือนออนไลน์ผ่านระบบ OSS

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

Log in.

โปรดระบุชื่อผู้ใช้งานเพื่อเข้าสู่ระบบ

เลขประจำตัวประชาชน

รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ

ระบบแจ้งเงินเดือนออนไลน์

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

เข้าระบบไม่ได้ติดต่อ :
เจ้าหน้าที่จัดทำเงินเดือนหน่วยงานตนเอง

คู่มือใช้งานระบบ

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

© 2024 - Auction Trade Co.,Ltd.

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

2.พนักงานราชการ จะได้รับเงินเดือนก่อนสิ้นเดือน 2 วัน

เงินได้ -เงินเดือน

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

สิทธิประโยชน์

ค่ารักษาพยาบาล ผู้ประกันสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเองได้โดยโหลดแอป **SSO connect Mobile** เพื่อ

-ตรวจสอบยอด -ตรวจสอบการส่งเงินสมทบ

-ตรวจสอบสถานพยาบาล -เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

-ตรวจสอบยอดเงินทันตกรรม

-การกู้ยืมเงิน กยส. หักโดยธนาคารกรุงไทยอัตโนมัติเมื่อผู้กู้มีรายได้

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

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
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

การลงทะเบียนเข้าใช้งาน

1.ลงทะเบียน/กรอกข้อมูลผ่าน APP หรือผ่านเว็ปไซต์ SSO.go.th

2รอรับ SMS เพื่อยืนยันตัวตนผ่านOTP

3.เข้าใช้งานเพื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ประกันตน

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

การสมัครกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจดทะเบียนแล้ว

- กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ 2% สำหรับผู้มีการสมัครสมทบเข้ากองทุน นายจ้างสมทบให้ 2 % จากเงินเดือน ขอใบสมัครได้ที่การเงิน

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ไม่ถึง 1 ปี 0%

ตั้งแต่ 1 ปี แต่ไม่ถึง 2 ปี 20%

ตั้งแต่ 2 ปี แต่ไม่ถึง 3 ปี40%

ตั้งแต่ 3 ปี แต่ไม่ถึง 4 ปี 60%

ตั้งแต่ 4 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี 80%

ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป100%

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

การส่งเอกสารด้านการเงิน

- การส่งยอดหนี้สวัสดิการต่างๆต้องส่งก่อนวันที่ 5 ของเดือน
- การส่งค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร ส่งภายในวันที่ 10
- การส่งเอกสารเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ต้องลงสมุดทุกครั้ง
- การขอใบรับรองเงินเดือนพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ต้องเขียนคำร้องในสมุดทุกครั้งในทะเบียนคุมที่กลุ่มงานบริหารการเงินและบัญชี

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

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

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

เลขที่ .....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน .....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร .....สาขา .....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร .....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ ..... อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร .....สาขา .....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร .....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร .....สาขา .....

ประเภท ..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร .....

และเมื่อ .... โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์ .....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address .....

ลงชื่อ ..... ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

เอกสารแนบแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

-สำเนาสมุดบัญชี

-สำเนาบัตรประชาชน

แบบ 7131

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).....

เป็นสถานพยาบาลของ ☐ 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 แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

ด้านหลัง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

[ก] ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

[ข] ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

[ค] ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

[ง] ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

ด้านหน้า

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❑ พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

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

2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....
❑ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ
❑เป็นข้าราชการ ❑ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
❑ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น
❑ กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด
ตำแหน่ง.....สังกัด.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก
❑ เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย
❑ 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) ❑
(2) ❑ จำนวน.....บาท
2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....
ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ชั้นที่ศึกษา.....(1) ❑
(2) ❑ จำนวน.....บาท
3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

ด้านหลัง

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
❑ ตามสิทธิ ❑ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท
(.....) ก

6. เสนอ..... ข
❑ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง
❑ บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
❑ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว
❑ คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ
อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว
(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

Thank you

กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีเงินเดือน

-บัญชีเงินเดือนต้องยื่นก่อนวันที่ 5 หรือหลังเงินเดือนออก

-ภาระหนี้เมื่อการปิดบัญชี ธอส. กรุงไทย ไทยพาณิชย์ ที่หักผ่านบัญชีเงินเดือนต้องแจ้งเจ้าหน้าที่การเงินที่จัดทำเงินดือนก่อนวันที่ 5 ของเดือน