# สวัสดิการแบบยืดหยุ่น
# FLEXIBLE BENEFITS

## สำหรับพนักงานประจำ

**Version 05.02.2021**

# หัวข้อการเบิกจ่าย Flexible Benefits – ประกาศเดิม 4 มค 64

## สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ปกติ)

1. ค่ารักษาพยาบาล (ป่วย / รักษาโรค)
2. กายภาพบำบัด / จัดกระดูก
3. พบจิตแพทย์
4. นวดแผนไทย / ฝังเข็ม
5. การฉีดวัคซีน

(อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง)

## สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits)

1. ตรวจสุขภาพ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด)
2. รักษาผมร่วง / ปลูกผม
3. จัดฟัน / ดัดฟัน / ฟอกสีฟัน
4. ทำเลสิก (Lasik)
5. ค่าใช้บริการการเล่นกีฬาประเภทบุคคล เช่น Fitness Club หรือ ค่าเทรนเนอร์
6. ค่าสมัครเข้าร่วมงานแข่งกีฬาประเภทบุคคล เช่น วิ่ง จักรยาน ไตรกีฬา
7. ค่าใช้บริการเล่นกีฬาประเภทกลุ่ม เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน
8. รักษาสิว / Laser / Treatment
9. Spa เช่น นวดบำบัด ขัดตัว ขัดผิว สปามือ สปาเท้า
10. เสริมความงาม เช่น สักคิ้ว ลดน้ำหนัก

Do not distribute

**หมายเหตุ** : การเลือกสถานประกอบการขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของพนักงาน โดยให้คำนึงถึง**ความปลอดภัย**และความ**น่าเชื่อถือเป็นหลัก**
ทั้งนี้ องค์กรจะไม่รับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวพนักงาน

# หัวข้อการเบิกจ่าย Flexible Benefits – ปรับใหม่ 5 กพ 64

| สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ปกติ) | สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits) |
|---|---|
| 1. ค่ารักษาพยาบาล (ป่วย / รักษาโรค) | 1. ตรวจสุขภาพ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด) |
| 2. กายภาพบำบัด / จัดกระดูก | 2. รักษาผมร่วง / ปลูกผม |
| 3. พบจิตแพทย์ | 3. ทำเลสิก (Lasik) |
| 4. นวดแผนไทย / ฝังเข็ม | 4. จัดฟัน / ดัดฟัน / ฟอกสีฟัน |
| 5. การฉีดวัคซีน | 5. ค่าใช้บริการการเล่นกีฬาประเภทบุคคล เช่น Fitness Club หรือ ค่าเทรนเนอร์ |
| (อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง) | 6. ค่าสมัครเข้าร่วมงานแข่งกีฬาประเภทบุคคล เช่น วิ่ง จักรยาน ไตรกีฬา |
| | 7. ค่าใช้บริการเล่นกีฬาประเภทกลุ่ม เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน |
| | 8. รักษาสิว ฝ้า กระ รอยด่างดำ / Laser / Treatment / ฉีดโบท็อกซ์ ร้อยไหม ฉีดสารเติมเต็ม ฉีดบำรุงด้วยวิตามิน ล้างสารพิษ เมโสหน้าใส / ลดน้ำหนัก |
| | 9. Spa เช่น นวดบำบัด ขัดตัว ขัดผิว สปามือ สปาเท้า |
| | 10. เสริมความงามอื่นๆ เช่น สักคิ้ว |
| | 11. การซื้อประกันโควิด-19 |

Do not distribute

**หมายเหตุ** : การเลือกสถานประกอบการขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของพนักงาน โดยให้คำนึงถึง**ความปลอดภัย**และความ**น่าเชื่อถือเป็นหลัก**
ทั้งนี้ องค์กรจะไม่รับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวพนักงาน

# หัวข้อการเบิกจ่าย Flexible Benefits – ปรับใหม่ 5 กพ 64

## สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ปกติ)

1. ค่ารักษาพยาบาล (ป่วย / รักษาโรค)
2. กายภาพบำบัด / จัดกระดูก
3. พบจิตแพทย์
4. นวดแผนไทย / ฝังเข็ม
5. การฉีดวัคซีน

(อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง)

## สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits)

1. ตรวจสุขภาพ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด)
2. รักษาผมร่วง / ปลูกผม
3. ทำเลสิก (Lasik)
4. จัดฟัน / ดัดฟัน / ฟอกสีฟัน
5. ค่าใช้บริการการเล่นกีฬาประเภทบุคคล เช่น Fitness Club หรือ ค่าเทรนเนอร์
6. ค่าสมัครเข้าร่วมงานแข่งกีฬาประเภทบุคคล เช่น วิ่ง จักรยาน ไตรกีฬา
7. ค่าใช้บริการเล่นกีฬาประเภทกลุ่ม เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน
8. รักษาสิว ฝ้า กระ รอยด่างดำ / Laser / Treatment / ฉีดโบท็อกซ์ ร้อยไหม ฉีดสารเติมเต็ม ฉีดบำรุงด้วยวิตามิน ล้างสารพิษ เมโสหน้าใส / ลดน้ำหนัก
9. Spa เช่น นวดบำบัด ขัดตัว ขัดผิว สปามือ สปาเท้า
10. เสริมความงามอื่นๆ เช่น สักคิ้ว
11. การซื้อประกันโควิด-19

**20%**

**Sandbox**

Do not distribute

**หมายเหตุ** : การเลือกสถานประกอบการขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของพนักงาน โดยให้คำนึงถึง**ความปลอดภัย**และความ**น่าเชื่อถือเป็นหลัก** ทั้งนี้ องค์กรจะไม่รับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวพนักงาน

# หลักฐานการเบิกจ่าย

Do not distribute

# หลักฐานการเบิกจ่าย – สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ปกติ)

| | |
|---|---|
| 1. ค่ารักษาพยาบาล (ป่วย / รักษาโรค)<br>2. กายภาพบำบัด / จัดกระดูก<br>3. พบจิตแพทย์<br>4. นวดแผนไทย / ฝังเข็ม<br>5. การฉีดวัคซีน<br>(อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง) | “ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี”+ ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“ใบเสร็จรับเงิน” + ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“บิลเงินสด” + ใบรับรองแพทย์<br><br>*เว้นข้อ 2 กายภาพบำบัด / จัดกระดูก<br>สามารถใช้ “**ใบรับรองนักกายภาพบำบัด**” แทน “ใบรับรองแพทย์” ได้ |

Do not distribute

**หมายเหตุ** : การเลือกสถานประกอบการขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของพนักงาน โดยให้คำนึงถึง**ความปลอดภัย**และความ**น่าเชื่อถือเป็นหลัก** ทั้งนี้ องค์กรจะไม่รับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวพนักงาน

# หลักฐานการเบิกจ่าย – สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits)

| | |
|---|---|
| 1. ตรวจสุขภาพ<br>(นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด) | 1. – 3.<br>“ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี” + ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“ใบเสร็จรับเงิน” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“บิลเงินสด” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์ |
| 2. รักษาผมร่วง / ปลูกผม | |
| 3. ทำเลสิก (Lasik) | |

Do not distribute

**หมายเหตุ:** หากเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถใช้ “ใบเสร็จรับเงิน” พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ ได้ โดยไม่ต้องแนบหลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

# หลักฐานการเบิกจ่าย – สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits) ต่อ

| | |
|---|---|
| 4. จัดฟัน / ดัดฟัน / ฟอกสีฟัน | 4. “ใบเสร็จรับเงิน” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“บิลเงินสด” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์ |
| 5. ค่าใช้บริการการเล่นกีฬาประเภทบุคคล เช่น Fitness Club หรือ ค่าเทรนเนอร์ | 5. “ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี” |
| 6. ค่าสมัครเข้าร่วมงานแข่งกีฬาประเภทบุคคล เช่น วิ่ง จักรยาน ไตรกีฬา | 6. “ใบเสร็จรับเงิน” + รูปถ่ายคู่บิบพร้อมป้ายงาน (วิ่ง)<br>“ใบเสร็จรับเงิน” + รูปถ่ายเข้าร่วมกีฬา (อื่นๆ) |
| 7. ค่าใช้บริการเล่นกีฬาประเภทกลุ่ม เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน | 7. “ใบเสร็จรับเงิน” + รูปถ่ายเข้าร่วมกีฬา |

Do not distribute

**หมายเหตุ:** หากเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถใช้ “ใบเสร็จรับเงิน” พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ ได้ โดยไม่ต้องแนบหลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

# หลักฐานการเบิกจ่าย – สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits) ต่อ

| | |
|---|---|
| 8. รักษาสิว ฝ้า กระ รอยด่างดำ / Laser / Treatment / ฉีดโบท็อกซ์ ร้อยไหม ฉีดสารเติมเต็ม ฉีดบำรุงด้วยวิตามิน ล้างสารพิษ เมโสหน้าใส / ลดน้ำหนัก | 8. “ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี” + ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“ใบเสร็จรับเงิน” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์<br>หรือ<br>“บิลเงินสด” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์ |
| 9. Spa เช่น นวดบำบัด ขัดตัว ขัดผิว สปามือ สปาเท้า | 9. “ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี” |
| 10.เสริมความงามอื่นๆ เช่น สักคิ้ว | 10. “ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี” |
| 11. การซื้อประกันโควิด-19 | 11. กรมธรรม์ + หลักฐานการชำระเงิน |

Do not distribute

**หมายเหตุ:** หากเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถใช้ “ใบเสร็จรับเงิน” พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ ได้ โดยไม่ต้องแนบหลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

# ตัวอย่างใบเสร็จที่ถูกต้อง

Do not distribute

# ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง – การซื้อประกันโควิด (อยู่ใน 20 % sandbox)

1

วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

**หนังสือรับรองแจ้งความคุ้มครอง**
**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ**
**แบบเฉพาะโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา**

หนังสือรับรองแจ้งความคุ้มครอง เลขที่ N14558-008651-583

หนังสือฯ ฉบับนี้ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ออกให้เพื่อยืนยันว่าท่านจะได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพแบบเฉพาะโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่ : The Insured : Name and Address :
ชื่อ-ที่อยู่ ของพนักงาน

2. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ : The Beneficiary : Name and Address :
xxx

3. ระยะเวลาประกันภัย : 365 วัน เริ่มต้นวันที่ 27/01/2021 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 27/01/2022 เวลา 24.00 น.
Period of Insurance : days From At hours To At hours

4. ข้อตกลงคุ้มครอง (Insuring Agreement/Endorsement)

| ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย Insuring Agreement/Endorsement | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht) |
|---|---|
| - ข้อตกลงคุ้มครองโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา | บาท |
| - เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เวชกรรม(สูงสุด 14วัน) | บาท xxx |
| - ผลประโยชน์การเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุ | บาท |

| เบี้ยประกันภัยสุทธิ | | อากรแสตมป์ | | ภาษีมูลค่าเพิ่ม | | เบี้ยประกันภัยรวม | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 596.00 | บาท | 3.00 | บาท | 0.00 | บาท | 599.00 | บาท |
| Net Premium | Baht | Stamps | Baht | VAT | Baht | Premium | Baht |

หนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้นับตั้งแต่วันที่ที่ระบุไว้ในระยะเวลาประกันภัย และจะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อครบกำหนดระยะเวลา หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่มีผลทำให้สัญญาประกันภัยสิ้นสุดความคุ้มครอง หรือเมื่อบริษัทฯ ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยครบถ้วน และออกกรมธรรม์ประกันภัยให้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลกรมธรรม์ได้ที่สำนักงานสาขาของวิริยะประกันภัยหรือทางอีเมล์ ahservice@viriyah.co.th

ออกให้ ณ วันที่ 27/01/2021

ลงชื่อ .....

(นายณรงค์ ศรพรหม)
ผู้จัดการสาขาสุขสวัสดิ์

หมายเหตุ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ขอสงวนสิทธิ์การซื้อ 1 ท่านต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น (รวมทุกช่องทางจัดจำหน่าย และทุกโครงการที่ทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19))

2

FM-GA-20-10 V.00

STeP C.MU
SCIENCE AND TECHNOLOGY PARK
CHIANG MAI UNIVERSITY

**อุทยานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
**ใบรับรองการจ่ายเงิน**

| วัน/ เดือน/ ปี | รายละเอียดรายจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| 27 ม.ค.2564 | ค่าประกันโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโควิด โดยทำประกันของบริษัท วิริยะ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) | 599 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| รวม | (ตัวอักษร) ห้าร้อยเก้าสิบเก้าบาทถ้วน | 599 | |

ข้าพเจ้า xxx ตำแหน่ง xxx
ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายไปเพื่อราชการ โดยได้รับใบเสร็จรับเงิน ซึ่งมีสาระสำคัญไม่ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่ทางราชการกำหนด และได้แนบใบเสร็จดังกล่าวมาพร้อมนี้แล้ว

ลงชื่อ xxx
( )
วันที่ 27 มกราคม 2564

3

2/5/2021 Gmail - 724 ข้อมูลการชำระเงิน #210100

Gmail xxx@gmail.com>

**724.CO.TH - ข้อมูลการชำระเงิน #2101(xxx**
1 ข้อความ

**724.CO.TH Support** <Support@724.co.th> 27 มกราคม 2564 11:31
ถึง: ixxx @gmail.com

**ข้อมูลการชำระเงิน 724.CO.TH**

**เลขที่อ้างอิง 1 :** 2101xxx
**เลขที่อ้างอิง 2 :** 585xxx
**รายการ :** 724.co.th ประกัน วิริยะ โควิด ซูเปอร์ ชิลด์ แผน 2 (Covid-19 Super Shield)
**วันที่ทำรายการ :** 27/01/2564 11:32:16
**จำนวนเงิน :** 599.00 บาท
**การชำระเงิน :** บัตรเครดิต / ชำระเต็มจำนวน

**บริษัท 724 มาร์เก็ต จำกัด (ศูนย์บริการลูกค้า)**
ห้องเลขที่ 65/44 ชั้น 3 อาคารชำนาญเพิ่ญชาดิบิสเนสเซ็นเตอร์ ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
**ใบอนุญาตเลขที่ :** ว00003/2549
**Call Center :** 02-026-6272, **Website :** www.724.co.th

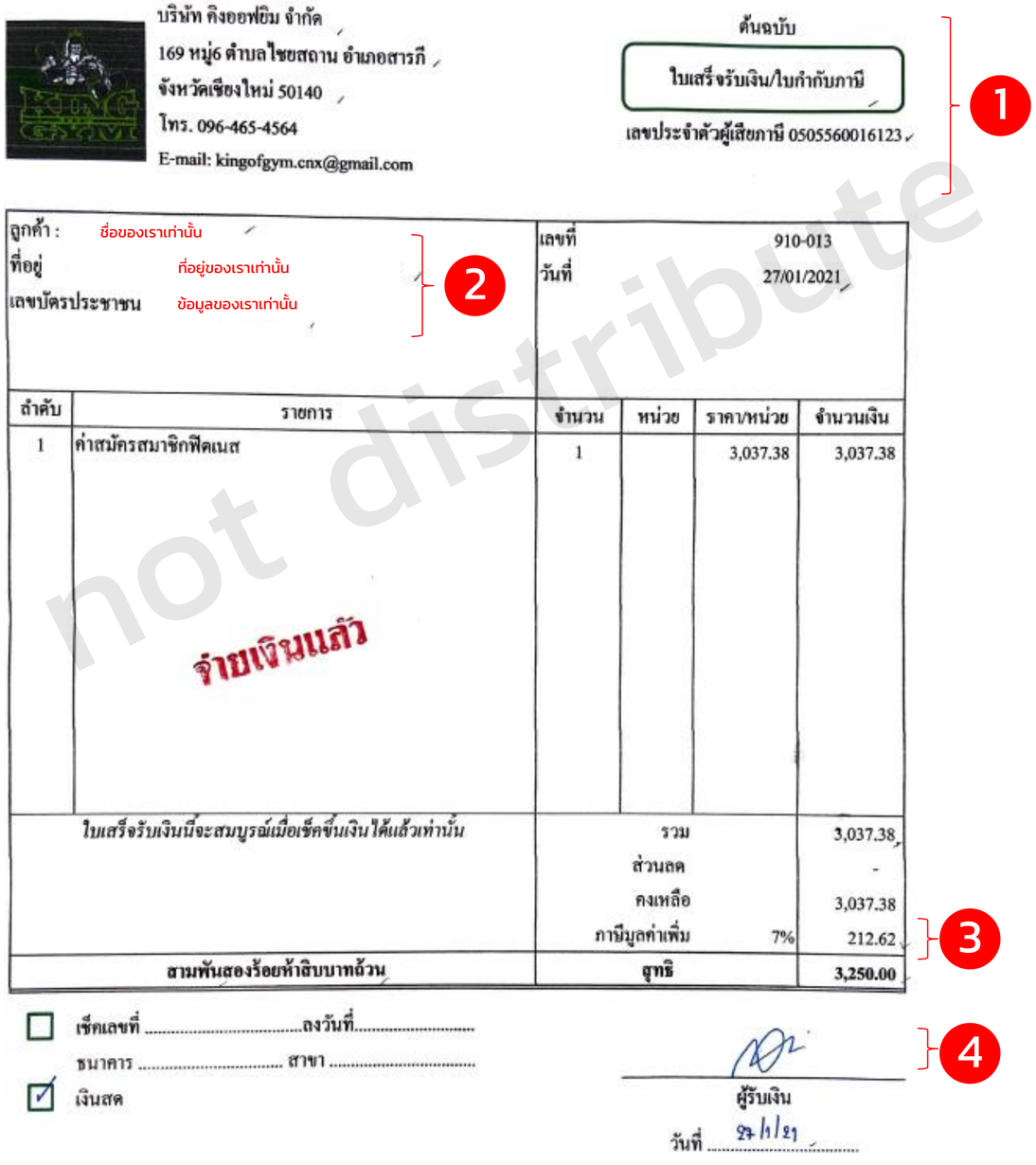
สำเนาถูกต้อง
xxx

มีเอกสารประกอบการเบิกจ่าย 3 อย่าง
1. กรรมธรรม์
2. ใบรับรองการจ่ายเงิน
3. หลักฐานการชำระเงิน

Do not distribute

# ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง – ค่าสมัครสมาชิกฟิตเนส

เอกสารประกอบการเบิกจ่าย
1. ข้อมูลของสถานประกอบการ
2. ข้อมูลของพนักงาน (เรา)
3. Vat 7%
4. ลายเซ็นผู้รับเงิน



บริษัท คิงออฟยิม จำกัด
169 หมู่6 ตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี
จังหวัดเชียงใหม่ 50140
โทร. 096-465-4564
E-mail: kingofgym.cnx@gmail.com

ต้นฉบับ

ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0505560016123

1

ลูกค้า : ชื่อของเราเท่านั้น
ที่อยู่ ที่อยู่ของเราเท่านั้น
เลขบัตรประชาชน ข้อมูลของเราเท่านั้น

2

เลขที่ 910-013
วันที่ 27/01/2021

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ค่าสมัครสมาชิกฟิตเนส | 1 | | 3,037.38 | 3,037.38 |

จ่ายเงินแล้ว

| | | | |
|---|---|---|---|
| *ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์เมื่อเช็คขึ้นเงินได้แล้วเท่านั้น* | รวม | | 3,037.38 |
| | ส่วนลด | | - |
| | คงเหลือ | | 3,037.38 |
| | ภาษีมูลค่าเพิ่ม | 7% | 212.62 |
| **สามพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน** | **สุทธิ** | | **3,250.00** |

3

☐ เช็คเลขที่ .....ลงวันที่.....
ธนาคาร ..... สาขา .....
☑ เงินสด

4

ผู้รับเงิน
วันที่ 27/1/21

Do not distribute

# ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง – การทำเลสิก (ณ โรงพยาบาล)

เอกสารประกอบการเบิกจ่าย
1. ใบเสร็จรับเงิน
2. ใบรับรองแพทย์

1

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Medicine, Chiang Mai University
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
110 ถนนอินทวโรรส เชียงใหม่ 50200
110 Intawaroros Rd, Chiang Mai 50200
โทรศัพท์ (053) 945671-2 Tel.
โทรสาร (053) 946572

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT เลขที่ No. ใบเสร็จรับเงิน 64-144568

| ลำดับที่ | รายการ Description | Amount(Thaibaht) ราคา (บาท) |
|---|---|---|
| 1 | เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา | 2.00 |
| 2 | ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิ(L1) | 300.00 |

วันที่ Date 17 มีนาคม 2563 11:45

ได้รับเงินจาก Received from ชื่อของเราเท่านั้น

เลขที่โรงพยาบาล Hospital identification number 2849529

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว Verified by

ลงชื่อ Signature ( เสาวลักษณ์ กันทา ) ผู้รับเงิน Cashier

ตำแหน่ง Position เจ้าหน้าที่การเงิน Finance official

ถ้าชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับเงินตามเช็คนั้นเรียบร้อยแล้ว
If the payments were made by cheque this receipt will be valid only when the cheque is cleared

No. of Document ลำดับเอกสาร 62- 0628731

สามร้อยสองบาทถ้วน** 302.00

รวมเงิน Total

จ่ายเงินแล้ว

MedCMU Center for Medical Excellence
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Center for Medical Excellence Faculty of Medicine Chiang Mai University
110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
110 Intrawarorots Rd., Sriphoom, Muang, Chiang Mai 50200
โทรศัพท์ / Tel. 053-934710, 053-920666
โทรสาร / Fax. 053-934704

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT เลขที่ No. E64-0039266

| ลำดับที่ | รายการ Description | Amount (Thaibaht) ราคา (บาท) |
|---|---|---|
| 1. | ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด | 5,000.00 |
| 2. | เวชภัณฑ์และอุปกรณ์พิเศษ | 18,000.00 |
| 3. | ค่าผู้ประกอบโรคศิลปะ | 12,750.00 |
| 4. | ค่าบริการทางการพยาบาล | 4,000.00 |
| 5. | ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ | 28,250.00 |

วันที่ Date 22 มกราคม 2564 10:05:05

ได้รับเงินจาก Received from ชื่อของเราเท่านั้น

เลขที่โรงพยาบาล Hospital identication number 2849529

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว Verified by

ลงชื่อ Signature ( นางสาวกาญจนประภา วงค์ปัญญา ) ผู้รับเงิน Cashier

ตำแหน่ง Position เจ้าหน้าที่การเงิน Finance official

No. of Document ลำดับเอกสาร 069239

**หกหมื่นแปดพันบาทถ้วน** ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์เมื่อได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว

รวมเงิน Total 68,000.00

จ่ายเงินแล้ว

2

เล่มที่ 0057 เลขที่ 31

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Faculty of Medicine Chiang Mai University
เลขที่ 110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
110 Intawaroros Rd. Tambol Sriphum , Amphoe Muang , Chiang Mai
โทรศัพท์ 0-5393-6150 โทรสาร 0-5393-5123
Tel. 0-5393-6150 Fax. 0-5393-5123

## ใบรับรองแพทย์

วันที่ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564

ชื่อแพทย์ พญ. ปิยพักตร์ หิรัญญกุล

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 34143

ประจำโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการตรวจรักษา

ผู้ป่วยชื่อ ชื่อของเราเท่านั้น

เพศ ☐ ชาย ☑ หญิง อายุ ข้อมูลของเราเท่านั้น เลขที่โรงพยาบาล 2849529

วันที่เข้ารับการตรวจรักษา 22/1/64 ห้องตรวจ

การวินิจฉัยโรค สายตาสั้นปกติทั้งสองข้าง

ความคิดเห็นของแพทย์

☐ ไม่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
☐ ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
☐ ให้พักรักษาตัวที่บ้าน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
☐ ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดงาน
☐ ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือสภาวะของจิตใจถาวร
☑ อื่นๆ ได้รับการผ่าเพื่อแก้ไขสายตาด้วยเลสิกเมื่อวันที่ 22/1/64 และได้รับการตรวจวินิจฉัยสายตาสั้นเมื่อวันที่ 19/1/63

(ลงชื่อ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ ตั้งบันดาลชัย
ตำแหน่งผู้ตรวจ

โปรดบันทึกการวินิจฉัยโรค , การรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งความเห็น ลงในบัตรตรวจโรคของโรงพยาบาลทุกครั้งที่ออกใบรับรองแพทย์

วร.14:066

Do not distribute

# ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง – รักษาผมร่วง (ณ โรงพยาบาล)

## เอกสารประกอบการเบิกจ่าย

1. ใบเสร็จรับเงิน
2. ใบรับรองแพทย์

1

ศูนย์ศรีพัฒน์ Sriphat Medical Center
sriphat.med.cmu.ac.th
โทร (053) 936900-1
110/392 ถนนอินทวโรรส ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
ใบเสร็จรับเงิน / ใบแจ้งรายการ/Outpatient Receipt

ลำดับเอกสาร R 6942945

ชื่อ/Name
เพศ/Sex
HN. 017(

ชื่อของเราเท่านั้น

วันที่/Date 26/01/2021 18:39:55
เลขที่/No. R064-065070
อ้างอิงเลขที่/Reference No. R064-065859
วันที่มาตรวจ/Visit Date 26/01/2021
Visit No: 654

| รายการ /Description | จำนวนเงิน /Amount |
|---|---|
| 1.1.4 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา | |
| [32608] TSH | 320.00 |
| [37003] ANA/ANF | 390.00 |
| [30306] Serum ferritin | 500.00 |
| [30101] CBC+Plc+RBC | 160.00 |
| 1.1.12(1) ค่าบริการพยาบาล | |
| [55020] ค่าบริการทางการพยาบาล Skin | 200.00 |
| จำนวนเงินรวมทั้งหมด / Total Amount | 1,570.00 |
| ส่วนลด / Discount | 0.00 |
| จำนวนเงินสุทธิ / Net Amount | 1,570.00 |

ตัวอักษร / Alphabet: หนึ่งพันห้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน
จำนวนเงินที่ได้รับ 1,870.00 บาท

HN เลขรายวัน2880759 Clinic: Skin&Cosmetic-Excellence ชั้น5

น.ส.พัชรลักษณ์ สุขประเสริฐ
ผู้รับเงิน/Cashier

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการเซ็นชื่อรับเงินและลงลายมือชื่อผู้รับเงินเท่านั้น
* หมายเหตุ: การเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล ขึ้นอยู่กับสิทธิ์ของท่านและข้อบังคับทางบริษัทฯ

เลขที่/No. R064-065070 ต้นฉบับ(Original)

ใบเสร็จรับเงินของ (Outpatient Receipt)
ผศ.นพ.นภัทร โตวณะบุตร โดย M135/ นภัทร โตวณะบุตร ผศ.นพ.

ชื่อของเราเท่านั้น

วันที่ (Date) 26/01/2021 18:39:55 (2/2)
เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID) 1798959198
รับเงินค่าตรวจรักษาจาก (Doctor Fee From)
วันที่มาตรวจ : (Admission Date) 26/01/2021
สถานที่ทำงาน (Working Place) ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 110/392 อาคารศรีพัฒน์ ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
วันที่จำหน่าย : (Discharge Date)

| | |
|---|---|
| 1.2.1(1) ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก | 300.00 |

ยอดรวม (Total Amount) (สามร้อยบาทถ้วน) 300.00 บาท (Thai Baht)
น.ส.พัชรลักษณ์ สุขประเสริฐ
ผู้รับเงินแทน (Collector)

ใบรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล

ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University
วันที่พิมพ์/Print Date

ชื่อ/Name
HN. 0178

ชื่อของเราเท่านั้น

เลขที่/NO
วันที่มาตรวจ/Visit Date 26/01/2564

ชื่อบริษัทคู่สัญญา/Payer name ผู้ป่วยทั่วไป/Patient
ประเภทสิทธิ์/Plan Name ชำระเงินเอง OPD

| รายการ/Description | จำนวน/Qty | จำนวนเงิน/Amount |
|---|---|---|
| 1.1.4 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา | | |
| 1.1.4 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา | | |
| ANA/ANF | 1 | 390.00 |
| TSH | 1 | 320.00 |
| CBC+Plc+RBC | 1 | 160.00 |
| Serum ferritin | 1 | 500.00 |
| 1.1.12 ค่าบริการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ | | |
| 1.1.12(1) ค่าบริการพยาบาล | | |
| ค่าบริการทางการพยาบาล Skin | 1 | 200.00 |
| 1.2.1 ค่าตรวจรักษาทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพ | | |
| 1.2.1(1) ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก | | |
| ค่าตรวจ OPD 300 บาท | 1 | 300.00 |

| | |
|---|---|
| จำนวนเงินรวมทั้งหมด/Total Amount | 1,870.00 |
| ส่วนลด/Discount Amount | 0.00 |
| จำนวนเงินสุทธิ /Net Amount | 1,870.00 |
| จำนวนเงินรับล่วงหน้า(Deposit Amount) | 0.00 |
| คงเหลือ (Balance) | 1,870.00 |

น.ส.พัชรลักษณ์ สุขประเสริฐ
พนักงานการเงิน/Cashier

โปรดชำระค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โดยประมาณค่ารักษาพยาบาล 30,000 บาท หรือทุก 3 วัน กรณีค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 30,000 บาท
** ติดต่อชำระเงินได้ที่ห้องการเงินชั้น 1 อาคารศรีพัฒน์ ***

2

ศูนย์ศรีพัฒน์ Sriphat Medical Center Faculty of Medicine Chiang Mai University

| รหัสเอกสาร | หน่วยงาน : องค์กรแพทย์ |
|---|---|
| FM-MD-031-R-00 | หมายเลขโทรศัพท์ : 0-5393-6900-1 |
| 22/03/2561 | |

ชื่อเอกสาร: ใบรับรองแพทย์

เลขที่ใบรับรองแพทย์ 6405723

ข้าพเจ้า ผศ.นพ. นภัทร โตวณะบุตร
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 29667 ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจรักษา
ชื่อของเราเท่านั้น อายุ ข้อมูลของเราเท่านั้น
โดยรับการตรวจรักษาที่ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ เป็น ☑ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน

สรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา
โรคผมร่วง

สรุปความเห็น
☑ ผู้ป่วยได้มารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ในวันที่ 26 มกราคม 2564
☐ ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม วัน
☐ ได้แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดพักรักษาตัว ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม วัน
☐ ความเห็นอื่น

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ออกให้ ณ วันที่ 26 มกราคม 2564

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ
( ผศ.นพ. นภัทร โตวณะบุตร )
แพทย์ผู้ตรวจ

ลงชื่อ
(ผู้รับการตรวจ / ผู้ปกครอง)

110/392 อาคารศรีพัฒน์ ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5393-6900-1

Do not distribute

HAPPY
STeP