

ขั้นตอนและวิธีการเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. เข้าลิงค์หรือเว็บไซต์ระบบเบิกค่ารักษาพยาบาล HD e-system STeP (<http://www.hde-system.com/>) โดยเข้าใช้งานผ่าน Google chrome

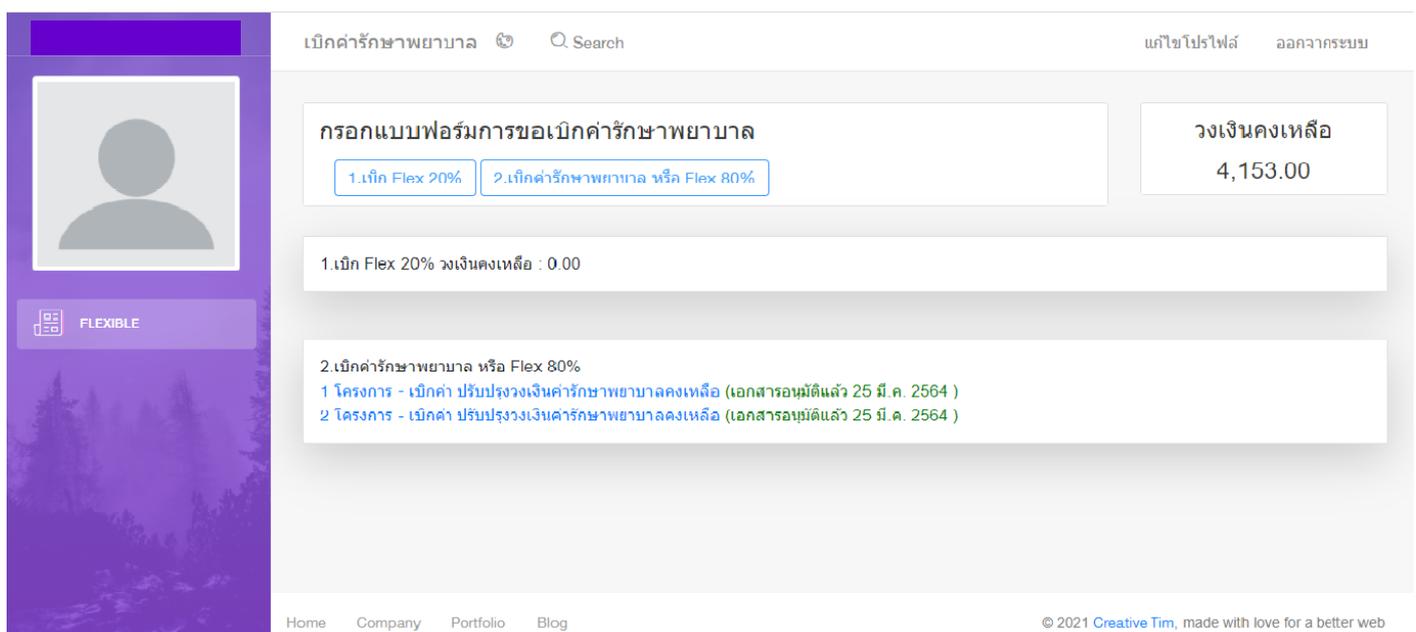


2. Log in ใช้งานของตนเอง

-Username คือ ชื่อจริงภาษาอังกฤษตัวเล็กตามด้วยชื่อย่อภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ เช่น chaiwatCW

-Password คือ 4 ตัวหลังสุดท้ายของเบอร์โทรศัพท์

โดยระบบจะเข้าหน้าการเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังตัวอย่างรูปด้านล่างนี้



เบิกค่ารักษาพยาบาล Search แก้ไขโปรไฟล์ ออกจากระบบ

กรอกแบบฟอร์มการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. เบิก Flex 20% 2. เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80%

วงเงินคงเหลือ 4,153.00

1. เบิก Flex 20% วงเงินคงเหลือ : 0.00

2. เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80%

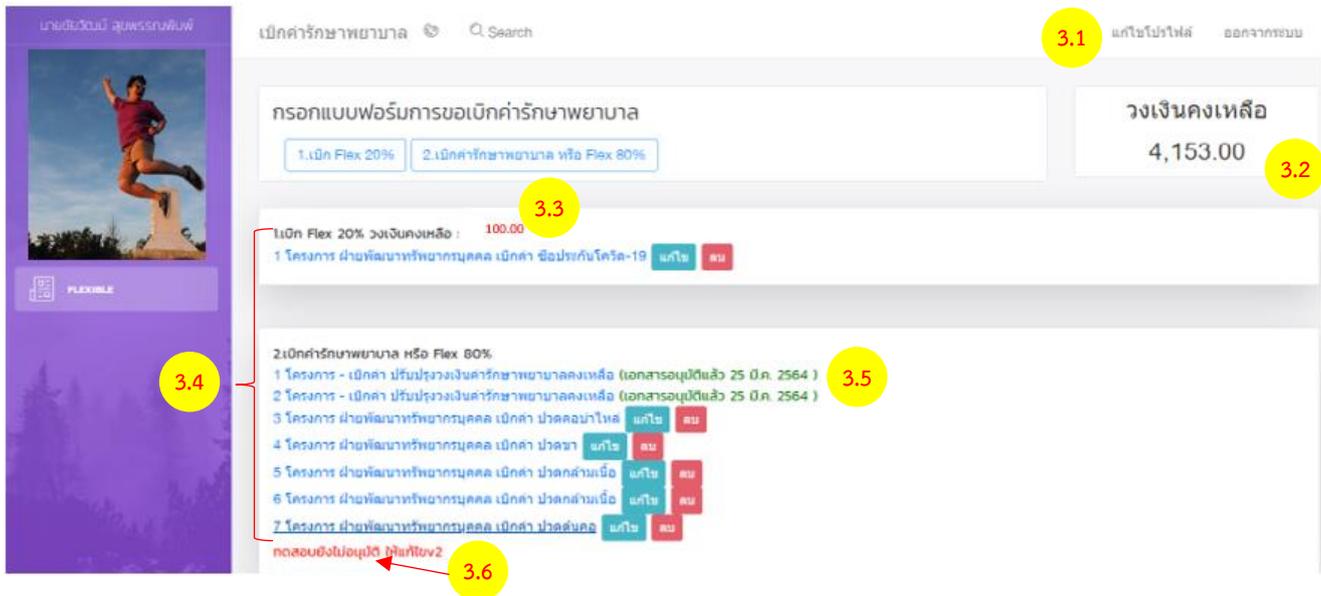
1 โครงการ - เบิกค่า ปรับปรุงวงเงินค่ารักษาพยาบาลคงเหลือ (เอกสารอนุมัติแล้ว 25 มี.ค. 2564)

2 โครงการ - เบิกค่า ปรับปรุงวงเงินค่ารักษาพยาบาลคงเหลือ (เอกสารอนุมัติแล้ว 25 มี.ค. 2564)

Home Company Portfolio Blog © 2021 Creative Tim, made with love for a better web

3. พนักงานสามารถตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ได้แก่

- เปลี่ยนรูป profile (3.1)
- ตรวจสอบวงเงินคงเหลือทั้งหมด (3.2)
- ตรวจสอบวงเงินคงเหลือของ flex 20% (3.3)
- ลิสต์รายการที่พนักงานขอเบิก (3.4)
- กรณีรายการเบิกได้รับการอนุมัติ (3.5)
- กรณีรายการเบิกไม่ได้รับการอนุมัติ จะมีข้อความชี้แจงและให้แก้ไขรายการนั้นๆ (3.6)



เบิกค่ารักษาพยาบาล

Search

แก้ไขโปรไฟล์ ออกจากระบบ

กรอกแบบฟอร์มการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

1.เบิก Flex 20% 2.เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80%

วงเงินคงเหลือ 4,153.00

เบิก Flex 20% วงเงินคงเหลือ : 100.00

1 โครงการ ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบิกค่า ซื้อมะกอกโคโรล-19 แก้ไข ลบ

2.เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80%

1 โครงการ - เบิกค่า ปรับปรุงวงเงินค่ารักษาพยาบาลคงเหลือ (เอกสารอนุมัติแล้ว 25 มี.ค. 2564)

2 โครงการ - เบิกค่า ปรับปรุงวงเงินค่ารักษาพยาบาลคงเหลือ (เอกสารอนุมัติแล้ว 25 มี.ค. 2564)

3 โครงการ ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบิกค่า บำบัดคอฆ่าโหล แก้ไข ลบ

4 โครงการ ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบิกค่า บำบัดชา แก้ไข ลบ

5 โครงการ ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบิกค่า บำบัดค่าเบื้อ แก้ไข ลบ

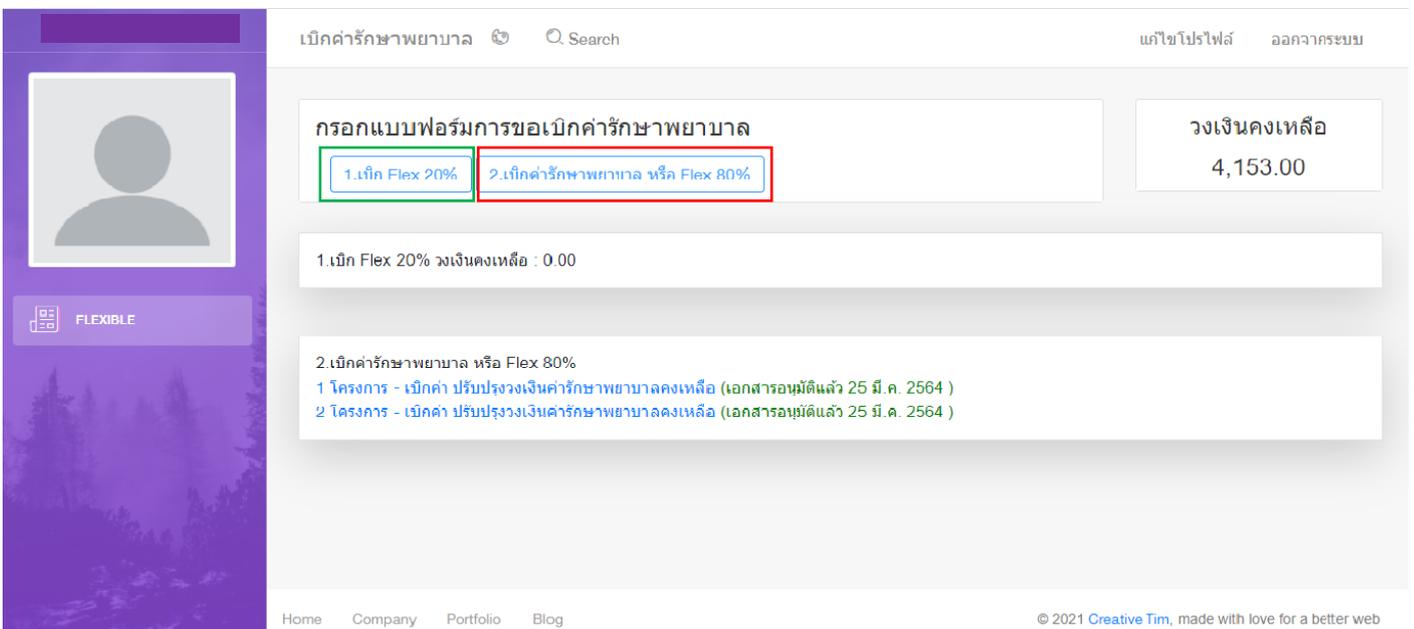
6 โครงการ ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบิกค่า บำบัดค่าเบื้อ แก้ไข ลบ

7 โครงการ ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบิกค่า บำบัดคุด แก้ไข ลบ

ทดลองยังไม่อนุมัติ ให้แก้ไขv2

4. พนักงานสามารถเลือกได้ว่าต้องการจะเบิกค่ารักษาพยาบาลแบบไหน

- 4.1 หากต้องการเบิกค่ารักษาพยาบาลแบบ Flex Benefit 20% ให้เลือก **กตปุ่มที่ 1.Flex Benefit 20% หรือ กรอบสีเขียว**
- 4.2 หากต้องการเบิกค่ารักษาพยาบาลแบบปกติ/แบบ Flex Benefit 80% ให้เลือก **กตปุ่มที่ 2.เบิก ค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80% หรือ กรอบสีแดง**
- ดังรูปด้านล่างนี้



เบิกค่ารักษาพยาบาล

Search

แก้ไขโปรไฟล์ ออกจากระบบ

กรอกแบบฟอร์มการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

1.เบิก Flex 20% 2.เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80%

วงเงินคงเหลือ 4,153.00

1.เบิก Flex 20% วงเงินคงเหลือ : 0.00

2.เบิกค่ารักษาพยาบาล หรือ Flex 80%

1 โครงการ - เบิกค่า ปรับปรุงวงเงินค่ารักษาพยาบาลคงเหลือ (เอกสารอนุมัติแล้ว 25 มี.ค. 2564)

2 โครงการ - เบิกค่า ปรับปรุงวงเงินค่ารักษาพยาบาลคงเหลือ (เอกสารอนุมัติแล้ว 25 มี.ค. 2564)

Home Company Portfolio Blog

© 2021 Creative Tim, made with love for a better web

7. กดสั่งปรี้นหน้าใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล **มุมขวาบน** และนำส่งเอกสารในกล่องส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลพร้อมลง Log Book การเงินให้เรียบร้อย ซึ่งเอกสารประกอบไปด้วย
 - 7.1 ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 - 7.2 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
 - 7.3 เอกสารอ้างอิงอื่นๆ ให้**อ้างอิงเอกสารตามแนวปฏิบัติ** สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (FLEXIBLE BENEFITS) สำหรับพนักงานประจำ **Version 05.02.2021**



ตัวอย่าง ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ถูกต้อง หลังจากที่ปรี้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและแพคเกจ โบนัส มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เลขที่.....

ชื่อ นามสกุล		ตำแหน่ง
ฝ่าย	GA	จุดดูแลโครงการ 841A01000
ชื่อโครงการที่ส่งการขอเบิก	-	
จุดเบิกค่ารักษาพยาบาล	ตามแผน	ชื่อ-นามสกุล
ป่วยเป็นโรค	ปฏิกิริยาแพ้ยาต้านมะเร็ง	เลขประจำตัวประชาชน
และได้เข้ารับสถานพยาบาลจาก	(-เอกชน)	ตั้งแต่ 25 มี.ค. 2564 ถึง 25 มี.ค. 2564
เป็นจำนวนเงิน	8,967.00 บาท (แปดพันเก้าร้อยหกสิบเจ็ดบาทถ้วน)	
	ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุตรอยู่ในระยะเวลาจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ใน	
	ประกาศสหภาพฯ และขอความขานตอบเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามประกาศ	
	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและแพคเกจ โบนัส มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล	ตามสิทธิ	
เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น	8,967.00 บาท (แปดพันเก้าร้อยหกสิบเจ็ดบาทถ้วน)	
โดยประสงค์ขอรับเป็น	เงินสด(-)	

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินสวัสดิการ
(.....)

เรียน ที่ว่าการประชุมผู้ดำเนินการ
ได้ตรวจสอบสิทธิของ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ ณ วันที่

ตามประกาศ(บาท)	เบิกไปแล้ว(บาท)	คงเหลือสิทธิการเบิก(บาท)
30,000.00	0.00	30,000.00

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง พนักงานการเงิน

ลงชื่อ.....เก็บชอบ
(นางสาวเนน เรืองไพฑูริย์)
ผู้ช่วยผู้ดำเนินการ

คำนวณสิทธิ

อนุมัติให้เบิกได้(บาท)	คงเหลือสิทธิการเบิก(บาท)
8,967.00	21,033.00

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(ตำแหน่ง ผู้ดำเนินการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและแพคเกจ โบนัส)
วันที่.....

ใบรับเงิน
ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน 8,967.00 บาท (แปดพันเก้าร้อยหกสิบเจ็ดบาทถ้วน) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....



สวัสดิการแบบยืดหยุ่น FLEXIBLE BENEFITS

สำหรับพนักงานประจำ

Version 05.02.2021

หัวข้อการเบิกจ่าย Flexible Benefits - **ปรับใหม่ 5 กพ 64**

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ปกติ)

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

(อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง)

สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits)

1. ตรวจสุขภาพ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด)
2. รักษาผมร่วง / ปลุกผม
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 รอยต่างดํา / Laser / Treatment / ฉีดโบท็อกซ์ ร้อยไหม ฉีดสารเติมเต็ม ฉีดบำรุงด้วยวิตามิน ล้างสารพิษ เมโสหน้าใส / **ลดน้ำหนัก****
9. Spa เช่น นวดบำบัด ชัดตัว ชัดผิว สปามือ สปาเท้า
10. เสริมความงามอื่นๆ เช่น สักคิ้ว
11. **การซื้อประกันโควิด-19**

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 / ฟังเข็ม
5. การฉีดวัคซีน

(อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง)

สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits)

1. ตรวจสอบสุขภาพ (นอกเหนือจากการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด)
2. รักษาผมร่วง / ปลุกผม
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. รักษาสิ่ว ฝ้า กระ รอยด่างดำ / Laser / Treatment / ฉีดโบท็อกซ์ ร้อยไหม ฉีดสารเติมเต็ม ฉีดบำรุงด้วยวิตามิน ล้างสารพิษ เมโสหน้าใส / ลดน้ำหนัก
9. Spa เช่น นวดบำบัด ชัดตัว ชัดผิว สปามือ สปาเท้า
10. เสริมความงามอื่นๆ เช่น สักคิ้ว
11. การซื้อประกันโควิด-19

20%
Sandbox

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

หลักฐานการเบิกจ่าย

สวัสดิการแบบยืดหยุ่น
Flexible Benefits

Do not distribute

หลักฐานการเบิกจ่าย - สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ปกติ)

1. ค่ารักษาพยาบาล (ป่วย / รักษาโรค)	"ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี"+ ใบรับรองแพทย์ หรือ "ใบเสร็จรับเงิน" + ใบรับรองแพทย์ หรือ "บิลเงินสด" + ใบรับรองแพทย์
2. กายภาพบำบัด / จัดกระดูก	
3. พบจิตแพทย์	
4. นวดแผนไทย / ฟังเข็ม	
5. การฉีดวัคซีน (อ้างอิงรายการเบิกจ่ายตามกรมบัญชีกลาง)	
	*เว้นข้อ 2 กายภาพบำบัด / จัดกระดูก สามารถใช้ "ใบรับรองนักกายภาพบำบัด" แทน "ใบรับรองแพทย์" ได้

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

หลักฐานการเบิกจ่าย -สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits)

<p>1. ตรวจสอบสุขภาพ (นอกเหนือจากการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่องค์กรจัดให้และจากที่กรมบัญชีกลางกำหนด)</p>	<p>1. – 3. “ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี” + ใบรับรองแพทย์ หรือ</p>
<p>2. รักษาผมร่วง / ปลุกผม</p>	<p>“ใบเสร็จรับเงิน” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์ หรือ</p>
<p>3. ทำเลสิก (Lasik)</p>	<p>“บิลเงินสด” + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์</p>

หมายเหตุ: หากเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถใช้ “ใบเสร็จรับเงิน” พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ ได้ โดยไม่ต้องแนบหลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

หลักฐานการเบิกจ่าย -สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits) ต่อ

<p>4. จัดฟัน / ดัดฟัน / ฟอกสีฟัน</p>	<p>4. "ใบเสร็จรับเงิน" + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์</p> <p>หรือ</p> <p>"บิลเงินสด" + หลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สำเนา/รูปถ่าย) + ใบรับรองแพทย์</p>
<p>5. ค่าใช้บริการการเล่นกีฬาประเภทบุคคล เช่น Fitness Club หรือ ค่าเทรนเนอร์</p>	<p>5. "ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี"</p>
<p>6. ค่าสมัครเข้าร่วมงานแข่งกีฬาประเภทบุคคล เช่น วิ่ง จักรยาน ไตรกีฬา</p>	<p>6. "ใบเสร็จรับเงิน" + รูปถ่ายคู่มือพร้อมป้ายงาน (วิ่ง) "ใบเสร็จรับเงิน" + รูปถ่ายเข้าร่วมกีฬา (อื่นๆ)</p>
<p>7. ค่าใช้บริการการเล่นกีฬาประเภทกลุ่ม เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน</p>	<p>7. "ใบเสร็จรับเงิน" + รูปถ่ายเข้าร่วมกีฬา</p>

หมายเหตุ: หากเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถใช้ "ใบเสร็จรับเงิน" พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ ได้ โดยไม่ต้องแนบหลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

หลักฐานการเบิกจ่าย -สวัสดิการแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits) ต่อ

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

หมายเหตุ: หากเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถใช้ "ใบเสร็จรับเงิน" พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ ได้ โดยไม่ต้องแนบหลักฐานใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

ตัวอย่างใบเสร็จที่ถูกต้อง

สวัสดิการแบบยืดหยุ่น
Flexible Benefits

ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง – การซื้อประกันโควิด (อยู่ใน 20 % sandbox)

1

วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

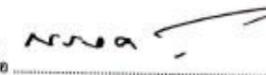
หนังสือรับรองเชิงความคุ้มครอง
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ
แบบเฉพาะโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

หนังสือรับรองเชิงความคุ้มครอง เลขที่ NI4558-008651-583

หนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ระบุไว้ในระยะเวลาประกัน และจะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อครบกำหนดระยะเวลา หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่มีผลทำให้สัญญาประกันสิ้นสุดความคุ้มครอง หรือเมื่อบริษัทฯ ได้รับชำระเบี้ยประกันครบถ้วน และออกกรมธรรม์ประกันให้เป็นที่ยอมรับแล้ว

ทั้งนี้ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลกรมธรรม์ได้ที่สำนักงานสาขาของวิริยะประกันภัยหรือทางอีเมล ahservice@viriyah.co.th

ออกให้ ณ วันที่ 27/01/2021

ลงชื่อ 

(นางฉรพงศ์ ศรพรหม)
ผู้จัดการอาวุโส

หมายเหตุ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ขอสงวนสิทธิ์การชี้แจง 1 ท่านต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น (รวมทุกช่องทางจัดจำหน่าย และทุกโครงการที่ทำประกันเพื่อคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19))

1. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่ : The Insured : Name and Address :	
ชื่อ-ที่อยู่ ของพนักงาน	
2. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ : The Beneficiary : Name and Address :	
xxx	
3. ระยะเวลาประกันภัย : 365 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 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 14 วัน)	xxx บาท
- ผลประโยชน์การเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุ	บาท
เบี้ยประกันสุทธิ 596.00 บาท ภาษีแสตมป์ 3.00 บาท ภาษีมูลค่าเพิ่ม 0.00 บาท เบี้ยประกันรวม 599.00 บาท	
Net Premium Baht Stamps Baht VAT Baht Premium Baht	

2

STEP
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.....บัญชีการชำระเงิน #210100.....

M 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: xxx@gmail.com

ข้อมูลการชำระเงิน 724.CO.TH

เลขที่อ้างอิง 1 : 2101xxx
เลขที่อ้างอิง 2 : 585xxx

รายการ : 724.co.th ประกัน วิริยะ โควิด ซูเปอร์ ชิลด์ แชน 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 อาคารพาณิชย์พิเศษเซ็นทรัลพลาซ่า 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. กรมธรรม์
 2. ใบรับรองการจ่ายเงิน
 3. หลักฐานการชำระเงิน

ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง – ค่าสมัครสมาชิกฟิตเนส

เอกสารประกอบการเบิกจ่าย

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



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

ต้นฉบับ

ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0505560016123 ✓

ถูกค้า: ชื่อของเราเท่านั้น ที่อยู่: ที่อยู่ของเราเท่านั้น เลขบัตรประชาชน: ข้อมูลของเราเท่านั้น	เลขที่: 910-013 วันที่: 27/01/2021				
2					
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	ค่าสมัครสมาชิกฟิตเนส	1		3,037.38	3,037.38
จ่ายเงินแล้ว					
ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์เมื่อเช็คเงินได้แล้วเท่านั้น		รวม			3,037.38
		ส่วนลด			-
		คงเหลือ			3,037.38
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%			212.62
สามพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน		สุทธิ			3,250.00

เช็คเลขที่ ลงวันที่

ธนาคาร สาขา

เงินสด


 ผู้รับเงิน
 วันที่ 27/1/21

ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง - การทำเลสิก (ณ โรงพยาบาล)

เอกสารประกอบการเบิกจ่าย

- ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองแพทย์

1

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT เลขที่ 64-144568

ลำดับที่	รายการ Description	Amount (ThaiBaht) ราคา (บาท)
1	เวชภัณฑ์ไม่โฆษณา	2.00
2	ค่าตรวจหาหม่องปฏิบัติการและแพทย์(L1)	300.00
		รวมเงิน Total 302.00

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Medicine, Chiang Mai University
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
110 ถนนอินทวโรส เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ (053) 945671-2 โทรสาร (053) 946572
17 มีนาคม 2563 11:45

วันที่ Date

ได้รับเงินจาก Received from **ชื่อของเราเท่านั้น**

เลขที่โรงพยาบาล Hospital identification number 2849529

ได้รับการตรวจสอบแล้ว Verified by

ลงชื่อ Signature **เสาวลักษณ์ กันทา** ผู้รับเงิน Cashier

ตำแหน่ง Position **เจ้าหน้าที่การเงิน** Finance official

No. of Document **62- 0628731**

ลำดับเอกสาร **62- 0628731**

จ่ายเงินแล้ว

MedCMU
Center for Medical Excellence

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT เลขที่ 64-0039266

ลำดับที่	รายการ Description	Amount (ThaiBaht) ราคา (บาท)
1	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด	5,000.00
2	เวชภัณฑ์และอุปกรณ์พิเศษ	18,000.00
3	ค่าผู้ประกอบโรคศิลปะ	12,750.00
4	ค่าบริการทางการแพทย์	4,000.00
5	ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ	28,250.00
		รวมเงิน Total 68,000.00

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Center for Medical Excellence Faculty of Medicine Chiang Mai University
110 อินทวโรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
110 Intrawaroros Rd., Sripoom, Muang, Chiang Mai 50200
โทรศัพท์ / Tel. 053-934710, 053-920666 โทรสาร / Fax. 053-934704
22 มกราคม 2564 10:05:05

วันที่ Date

ได้รับเงินจาก Received from **ชื่อของเราเท่านั้น**

เลขที่โรงพยาบาล Hospital identification number 2849529

ได้รับการตรวจสอบแล้ว Verified by

ลงชื่อ Signature **นางสาวกัญญาประภา วงศ์ปัญญา** ผู้รับเงิน Cashier

ตำแหน่ง Position **เจ้าหน้าที่การเงิน** Finance official

No. of Document **069239**

ลำดับเอกสาร **069239**

จ่ายเงินแล้ว

2

0057 เลขที่ 31

ใบรับรองแพทย์

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

วันที่ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564

ชื่อแพทย์ **ศส. พญ. ปิลาภัคชชี่ พรหมสงกุล**

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 34143

ประจำโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการตรวจรักษา

ผู้ป่วยชื่อ **ชื่อของเราเท่านั้น**

เพศ ชาย หญิง อายุ **ชื่อของเราเท่านั้น** เลขที่โรงพยาบาล

วันที่เข้ารับการรักษา 22/1/64 ห้องตรวจ

การวินิจฉัยโรค **สีมูกเลือดปอดทั้งสองข้าง**

ความคิดเห็นของแพทย์

ไม่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

ให้พักรักษาตัวที่บ้าน ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดงาน

ผู้ป่วยมีอาการของอวัยวะหรือสภาวะของจิตใจถาวร

อื่นๆ **ได้รับการคัดกรองถึงสาเหตุด้วยผลแล็บวันที่ 22/1/64**

ศส. พญ. ปิลาภัคชชี่ พรหมสงกุล วันที่ 19/1/63

(ลงชื่อ) _____
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ ตั้งมั่นคงวรกุล
ว. 30 พยาธิผู้ตรวจ

โปรดบันทึกการวินิจฉัยโรค, การรักษาของแพทย์ หรือทั้งความเห็น
ลงในบัตรตรวจโรคของโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อขอใบรับรองแพทย์

71.14.066

ตัวอย่างเอกสารเบิกจ่ายที่ถูกต้อง - รักษาผู้ป่วย (ณ โรงพยาบาล)

เอกสารประกอบการเบิกจ่าย

- ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองแพทย์

1

ศูนย์ศรีพัฒน์ Sripbat Medical Center
 รพ.ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 110/392 ถนนศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
 โทร (053) 936900-1

คำรับเอกสาร R 6942945

ชื่อ/Name HN. 0171 ชื่อของเราเท่านั้น
 วันที่/Date 26/01/2021 18:39:55
 เลข/No. R064-065070
 อ้างอิงเลข/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/ANP	390.00
[30306] Serum ferritin	500.00
[30101] CBC+Plc+RBC	160.00
1.1.12(1) ค่าบริการพยาบาล	
[55020] ค่าบริการทางการแพทย์ Skin	200.00
ไม่พบความผิดปกติที่ผิวหนังของรอยโรคโรสอะคาเนอสิส	
จำนวนเงินรวมทั้งหมด / Total Amount	1,570.00
ส่วนลด / Discount	0.00
จำนวนสุทธิ / Net Amount	1,570.00

ผู้ตรวจ / Alphabet
 เลขตรวจ 1,570.00 บาท

HN หมายเลข 2880759 Clinic: Skin&Cosmetic-Excellence ชั้น 5
 น.ส. พงษ์ลักษณ์ สุขประเสริฐ
 ผู้รับเงิน/Cashier

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะมีผลใช้ได้ เมื่อมีใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ยื่นเข้ามา
 *หมายเหตุ: การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ขึ้นอยู่กับสิทธิการเบิกจ่ายของสถานพยาบาล

เลขที่/No. R064-065070
ใบเสร็จรับเงินของ (Outpatient Receipt)
 ศ.นพ. นพ.ท. ไชยเดช ใจดี M135/ นพ.ท. ไชยเดช ศ.นพ.ท.
 รับเงินค่าตรวจรักษาจาก (Doctor Fee From) ชื่อของเราเท่านั้น
 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID) 1798959198
 วันที่มาตรวจ (Admission Date) 26/01/2021
 สถานที่ทำงาน (Working Place) ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 110/392 ถนนศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
 วันที่จำหน่าย (Discharge Date)

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

(ส่วนลดบาทถ้วน) 300.00 บาท (Thai Baht)
 น.ส. พงษ์ลักษณ์ สุขประเสริฐ
 ผู้รับเงิน (Collector)

2

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

ชื่อ/Name HN. 0171 ชื่อของเราเท่านั้น
 เลขที่/NO วันที่มาตรวจ/Visit Date 26/01/2564

ชื่อบริษัทผู้ส่งเงิน/Payer name ผู้ป่วยทั่วไป/Patient ประเภทสิทธิ/Plan Name ค่าธรรมเนียม 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 ค่าบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอก		
1.1.12(1) ค่าบริการพยาบาล	1	200.00
ค่าบริการทางการแพทย์ Skin		
1.2.1 ค่าตรวจรักษาทั่วไปของผู้ป่วยนอก		
1.2.1(1) ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก	1	300.00
ค่าตรวจ OPD 300 บาท		

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. พงษ์ลักษณ์ สุขประเสริฐ
 พนักงานการเงิน/Cashier

ใบรับชำระค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยชำระค่ารักษาพยาบาล 30,000 บาท หรือทุก 3 วัน กรณีค่ารักษาพยาบาลในสิ่ง 30,000 บาท ** คิดต่อประจําเงินในสิ่งของการเงินชั้น 1 อาคารศรีพัฒน์ ***

ศูนย์ศรีพัฒน์ Sripbat Medical Center
 รพ.ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 110/392 ถนนศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5393-8900-1

รหัสเอกสาร FM-MD-031-R-00
 22/03/2561
 ชื่อเอกสาร: ใบรับรองแพทย์
 เลขที่ใบรับรองแพทย์ 6405723

ชื่อผู้ป่วย ม.ค.นพ. นพ.ท. ไชยเดช ใจดี
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 29667 ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจรักษา
 ชื่อของเราเท่านั้น อายุ ข้อมูลของเราเท่านั้น
 โดยรับการตรวจรักษาที่ศูนย์ศรีพัฒน์ เป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
 สรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา
 โรสอะคาเนอสิส ✓

สรุปความเห็น
 ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ในวันที่ 26 มกราคม 2564 ✓
 ได้ส่งผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ รวม _____ วัน
 ได้แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดพักรักษาตัว ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ รวม _____ วัน
 ความเห็นอื่น _____

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ออกให้ ณ วันที่ 26 มกราคม 2564

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

 ศ.นพ. นพ.ท. ไชยเดช ใจดี
 แพทย์ผู้ตรวจ
 ลงชื่อ (ผู้รับการตรวจ / ผู้ปกครอง)

110392 อาคารศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5393-8900-1

