



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนเลขานุการ มาตรา 41

ณ ห้องประชุมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

อ.เมือง จ.ขอนแก่น และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดย นางกนกวรรณ ยศธสาร นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไข การจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน พ.ศ.2565 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565



Adobe Acrobat
Document



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไข การจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย
ค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๕๘ รายการค่าใช้จ่ายใดหรือหลักเกณฑ์ใดที่ได้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางการปฏิบัติตามที่สำนักงานได้กำหนดไว้ก่อนที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางการปฏิบัตินั้นต่อไปจนแล้วเสร็จหรือจนกว่าจะได้มีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔๔ บุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานหรือสนับสนุนคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด ตามมาตรา ๔๑ แห่งกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑๑ แนบท้ายประกาศนี้

การเบิกจ่ายค่าตอบแทนบุคคลตามวรรคหนึ่ง ให้เบิกจ่ายตามหลักฐานที่ระบุไว้ในรายงานการประชุม พร้อมบันทึกข้อมูลลงในระบบโปรแกรมขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของสำนักงาน และให้รวมถึงบุคคลที่คณะกรรมการดังกล่าวมีหนังสือเชิญมาให้ข้อมูลด้วย

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- ยื่นอุทธรณ์
- การตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา
- การส่งรายงานประชุม
- สรุปผลการพิจารณา
- ทะเบียนคำร้อง
- การส่งเบิก
- จัดการข้อมูล

ที่อยู่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก *
 บ้านเลขที่ หมู่ ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด *
 ระบุจังหวัด

สทลเบรชเลย *

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล

รหัสหน่วย ชื่อหน่วยบริการ * จังหวัด * วันที่ได้รับความเสียหาย * วันที่ทราบความเสียหาย *

ระบุจังหวัด 12/05/2566 12/05/2566

เหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ความเสียหายที่เกิดขึ้น *

อาการ ณ วันที่ยื่น ประเภทผู้ป่วย จำนวนวัน หน่วยบริการที่เข้ารับบริการ

- - 1 แห่ง

3. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายยื่นเอง ญาติยื่นแทน

5. ผู้รับเงิน ผู้เสียหาย ผู้ยื่นแทน บุคคลอื่น

ผู้รับเงิน ชื่อธนาคาร เลขที่บัญชี (ออมทรัพย์เท่านั้น)*** ชื่อบัญชี

ระบุ

ผู้บันทึกข้อมูล ถนนวรรณ ยศรสาร เบอร์ติดต่อ บันทึก

ข้อเสนอ

1. เพื่อทราบหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเลขานุการ ม.41
2. พิจารณาดำเนินการตามประกาศฯ