



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน _____ กองคลัง สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร.3122-3 _____

ที่ ศธ 6392(3)/ ว 349 _____ วันที่ 12 ตุลาคม 2552 _____

เรื่อง การคืนการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล _____

เรียน เลขาธิการคณะ ผู้อำนวยการสถาบัน สำนัก ศูนย์ กอง ประธานสภาพนักงาน

เพื่อโปรดทราบและโปรดแจ้งให้หน่วยงานในสังกัดเพื่อ

() ทราบ

() ทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(/) ทราบและถือปฏิบัติ

พ.ล.

(นางสาวพิกุลทอง เมืองแก้ว)

รักษาการแทนหัวหน้างานธุรการ

แทน ผู้อำนวยการกองคลัง

หมายเหตุ: ได้นำเสนอผู้บริหารระดับสูงในสำนักงานมหาวิทยาลัยทราบด้วย



ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองคลัง สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร.3123

ที่ ศร 6392(3)/ 28587 วันที่ 8 ตุลาคม 2552

เรื่อง การคืนการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายแผนงาน บริหารการเงินและทรัพย์สิน

สรุปเรื่อง ตามหนังสือที่ กค 0422.2/ว 322 ลงวันที่ 25 กันยายน 2552 กรมบัญชีกลาง ได้แจ้งกำหนดแนวทางการคืนการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำหรับส่วนราชการและบุคคลที่ถูกระงับสิทธิ ตามรายละเอียดปรากฏในหนังสือดังกล่าว

กฎ / ระเบียบ / ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

-สามารถดูรายละเอียดหนังสือดังกล่าวได้ที่เว็บไซต์ของกองคลัง <http://finance.oop.cmu.ac.th/>

ที่ หนังสือเวียนกองคลัง (การเบิกค่ารักษาพยาบาล)

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

1. เพื่อโปรดทราบ
2. นำเสนอผู้บริหารระดับสูงในสังกัด สำนักงานมหาวิทยาลัย เพื่อทราบ
3. แจ้งทุกส่วนงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อทราบและถือปฏิบัติ
4. แจ้งงานเงินเดือนและสวัสดิการ กองคลัง เพื่อทราบและถือปฏิบัติ

(นางวิภาภรณ์ ประดิษฐ์ดำรง)

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

8 ตค.52

คำสั่ง

ทราบ
แจ้งตามเสนอ

8 ต.ค. 2552

วิภาภรณ์

8 ต.ค. 52

(นางสาวสุคนธ์ ชาติ)

รักษาการแทนผู้อำนวยการกองคลัง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์ วีระจักร์)

รองอธิการบดีฝ่ายแผนงาน บริหารการเงินและทรัพย์สิน
ปฏิบัติกองทะเบียนการคืนมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด่วนที่สุด

ที่ กค 0422.2/ว 399



กองกลาง สำนักงานมหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขรับ 14925
วันที่ - 6 ต.ค. 2552
เวลา

กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

25 กันยายน 2552

กองคลัง
เลขที่ 77069
วันที่ 7 ต.ค. 2552
เวลา

เรื่อง การคืนการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 339 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2551

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบแสดงเจตนาขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรง
2. หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมบัญชีกลางได้เวียนแจ้งแนวปฏิบัติกรณีกรมบัญชีกลางตรวจสอบพบว่า บุคคลใดมีพฤติกรรมกรรมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษพยาบาลผิดปกติ จะระงับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าวในโครงการโดยทันที แต่บุคคลดังกล่าวยังคงสามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลยื่นเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัดได้ โดยแนบเอกสารที่กำหนดเพื่อประกอบการเบิกจ่าย และเมื่อดำเนินการตรวจสอบแล้วไม่พบการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้องหรือส่อไปในทางทุจริต กรมบัญชีกลางจะแจ้งการคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ให้ส่วนราชการทราบเพื่อแจ้งบุคคลดังกล่าวต่อไป นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า จากการตรวจสอบเวชระเบียนและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายต่างๆ ของบุคคลที่ถูกระงับการใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูงบางราย ไม่พบพฤติกรรมที่ส่อไปในทางทุจริต แต่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะค่ายาซ้ำซ้อนและมีปริมาณมากเกินความจำเป็นในโรงพยาบาลหลายแห่ง ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม จึงเห็นควรกำหนดแนวทางการคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรง ดังนี้

ส่วนราชการและบุคคลที่ถูกระงับสิทธิ

1. กรมบัญชีกลางจะแจ้งการคืนสิทธิบุคคลที่ถูกระงับสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ให้ส่วนราชการต้นสังกัดทราบ
2. บุคคลที่ถูกระงับสิทธิและได้รับการคืนสิทธิดังกล่าว สามารถสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรง ณ โรงพยาบาลได้เพียงหนึ่งแห่งเท่านั้น โดยให้ดำเนินการ ดังนี้



จดที่มกค
๒๕๕๓ ๒๖๓๐ จก ก

2.1 แสดงเจตนาเลือกโรงพยาบาลที่จะประสงค์ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ตามแบบสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 ที่ส่วนราชการต้นสังกัด และให้ส่วนราชการส่งแบบแสดงเจตนามายังกรมบัญชีกลาง เพื่อดำเนินการประสานกับโรงพยาบาลดังกล่าว

2.2 เมื่อกรมบัญชีกลางได้ประสานกับโรงพยาบาลตามข้อ 2.1 จะดำเนินการแจ้งให้ส่วนราชการทราบอีกครั้ง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรงฯ ต่อหน้าผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2

2.3 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าว ซึ่งมีใช้โรงพยาบาลที่ขอใช้สิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรง ให้ถือปฏิบัติตามหนังสือที่อ้างถึงเช่นเดิม

โรงพยาบาล

1. โรงพยาบาลที่บุคคลดังกล่าวแสดงเจตนาขอใช้สิทธิ ให้ดำเนินการรับบุคคลนั้นเข้าสู่

โครงการเบิกจ่ายตรง โดยกรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายจะติดตามตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

2. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าว ที่เป็นไปตามมาตรฐานเวชปฏิบัติของแพทย์ และถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและกรมบัญชีกลางกำหนด โรงพยาบาลสามารถส่งเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามปกติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้มีสิทธิทราบและถือปฏิบัติด้วย
จกขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายรังสรรค์ ศรีวรศาสตร์)

รองอธิบดี รักษาราชการแทน

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

โทร. 0-2273-9561,0-2298-6086-8

แบบแสดงเจตนาขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเนื่องจากถูกระงับสิทธิด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเนื่องจากถูกระงับสิทธิด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....กระทรวง.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ประสงค์จะขอคืนสิทธิในโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเนื่องจากถูกระงับสิทธิด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติ สำหรับ

ตนเอง

บุคคลในครอบครัว

ชื่อ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....หรือเลขที่บัตร

ประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะเป็น.....

โดยประสงค์ขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ระบุเอาไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

1.

2.

3.

ทั้งนี้ เมื่อกรมบัญชีกลางดำเนินการพิจารณาการคืนสิทธิโครงการเบิกจ่ายตรงแล้วเสร็จ และแจ้งให้ข้าพเจ้าและ/หรือบุคคลในครอบครัวทราบ เพื่อลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและ ข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรงตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ข้าพเจ้าและ/หรือบุคคลในครอบครัวจะเข้าพบเพื่อลงนามในหนังสือดังกล่าวต่อหน้าเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางตามวันและเวลาที่ได้แจ้งให้ทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง (ผู้มีสิทธิ)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด
.....กระทรวง.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ได้ถูกระงับสิทธิการใช้ในโครงการเบิกจ่ายตรงด้วยเหตุ
ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งข้าพเจ้าได้แสดงเจตนาขอคืนการใช้สิทธิดังกล่าว ตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดแล้ว
และได้มาพบกับเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางเพื่อลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติ
ในโครงการเบิกจ่ายตรง ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอใช้บริการในโครงการเบิกจ่ายตรง ณ โรงพยาบาลที่ได้แสดงเจตนาไว้หรือ
โรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยหากข้าพเจ้าได้ดำเนินการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรง
ที่โรงพยาบาลอื่นไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมบัญชีกลางระงับการสมัครเข้าสู่โครงการ
เบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งนั้นได้

2. ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินซึ่งออกตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัด

3. กรณีข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายนอกในโรงพยาบาลของ
ทางราชการแห่งอื่น ซึ่งมีใช้โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรง การเบิกค่ารักษาพยาบาล
ข้าพเจ้าจะนำหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลยื่นเบิก ณ ส่วนราชการต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง

4. ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ข้าพเจ้า
สมัครขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรง หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ข้าพเจ้าจะถือปฏิบัติตามข้อกำหนดในหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความ
ในหนังสือฉบับนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(ผู้มีสิทธิ)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง (ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด
..... กระทรวง..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... และบุคคลในครอบครัว ชื่อ..... เลขที่
ประจำตัวประชาชน..... หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง
..... อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ
เป็น..... ได้ถูกระงับสิทธิการใช้ในโครงการเบิกจ่ายตรงด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งข้าพเจ้า
ได้แสดงเจตนาขอคืนการใช้สิทธิดังกล่าว ตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดแล้ว และได้มาพบกับ
เจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลางเพื่อลงนามในหนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในโครงการเบิกจ่ายตรง
ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวขอใช้บริการในโครงการเบิกจ่ายตรง ณ โรงพยาบาล
ที่ได้แสดงเจตนาไว้ หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยหากข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัว
ได้ดำเนินการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลอื่นไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัว
ยินยอมให้กรมบัญชีกลางระงับการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งนั้นได้
2. ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวยินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินซึ่งออก
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัด
3. กรณีข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายนอก
ในโรงพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น ซึ่งมีใ้โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวสมัครเข้าสู่
โครงการเบิกจ่ายตรง การเบิกค่ารักษาพยาบาลข้าพเจ้าจะนำหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล
ยื่นเบิก ณ ส่วนราชการต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง
4. ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนข้อปฏิบัติของ
โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวสมัครขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรง หรือโรงพยาบาลอื่น
ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

/ข้าพเจ้า ...

หนังสือยินยอมการขอคืนสิทธิและข้อปฏิบัติในระบบเบิกจ่ายตรง (บุคคลในครอบครัว)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด
..... กระทรวง..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ได้รับแจ้งจากกรมบัญชีกลางกรณีบุคคลในครอบครัวของ
ข้าพเจ้า ชื่อ..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... หรือเลขที่บัตรประจำตัว
คนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะเป็น..... ได้ถูกระงับการใช้สิทธิในโครงการ
เบิกจ่ายตรงด้วยเหตุค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งข้าพเจ้าได้แสดงเจตนาขอคืนการใช้สิทธิดังกล่าวของบุคคลในครอบครัว
ตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนดแล้ว และยินยอมปฏิบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ดังต่อไปนี้

1. บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าประสงค์ขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาล
ที่ได้แสดงเจตนาไว้ หรือโรงพยาบาลอื่นตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยหากบุคคลในครอบครัวของ
ข้าพเจ้าได้ดำเนินการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลอื่นไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ ข้าพเจ้าและบุคคล
ในครอบครัวยินยอมให้กรมบัญชีกลางระงับการสมัครเข้าสู่โครงการเบิกจ่ายตรงในโรงพยาบาลแห่งนั้นได้
2. บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินซึ่งออก
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัด
3. กรณีบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายนอก
ในโรงพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น ซึ่งมีไซโรงพยาบาลที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าสมัครเข้าสู่
โครงการเบิกจ่ายตรง การเบิกค่ารักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจะนำหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล
ยื่นเบิก ณ ส่วนราชการต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง
4. บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนข้อปฏิบัติของ
โรงพยาบาลที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าสมัครขอใช้บริการโครงการเบิกจ่ายตรง หรือโรงพยาบาลอื่น
ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

/ข้าพเจ้า ...

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวจะถือปฏิบัติตามข้อกำหนดในหนังสือยินยอมฉบับนี้
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้อ่านข้อความในหนังสือฉบับนี้แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่
กรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓
ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวได้พิมพ์ปฏิทินประจำปี ๒๕๖๓