

การเบิกจ่ายเงินบำนาญบ้านนาญ

บรรยายโดย

น.ท.จิระศักดิ์ ศรีอินทร์

หน.เบี้ยหวัดและบำนาญ กงค.กง.ทร.



เมื่อได้รับหนังสือส่งจ่าย

ตรวจสอบเลขที่บัญชีธนาคารในหนังสือส่งจ่าย

ถ้าไม่ถูกต้องให้แจ้ง ฝ่ายการเงินฯ ศูนย์บริการกำลังพล
ทร. นอกประจำการ: OSS

โทร. 02-475-8265 , 02-475-8266

ตัวอย่างหนังสือส่งจ่ายบำนาญ



ที่ กค 0411.3/22/000691

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระราม 6 กทม. 10400

8 พฤศจิกายน 2560

เรื่อง การส่งจ่ายบำนาญสมาชิก กบข.

เรียน ผู้บัญชาการทหารเรือ

เพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ตามรายละเอียดการส่งจ่ายท้ายหนังสือนี้

ขอแสดงความนับถือ

(น.ส. พงษ์ จันทรงามดี)

นักวิชาการคลังชำนาญการ รักษาราชการแทน
นักวิชาการคลังชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองบริหารการเบิกจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง บำเหน็จบำนาญ

ส่วนบริหารการจ่ายเงิน

โทร. 0 2127 7000 ต่อ 4543,4216,4509,4539

โทรสาร 0 2127 7330

E-mail: disadms1@cgd.go.th

ส่วนราชการผู้ขอ กรมกำลังพลทหารเรือ		ตามหนังสือที่ 1336-61-000231		ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2560	
ชื่อ นาวาโทวันดีร์ วงศ์บุญรอด		3110100279353		02005 กองทัพเรือ	
สถานที่ออก ลาออก (เกษียณก่อนกำหนด)		รับเงินเหตุ สูงอายุ			
ว.ด.ป.เริ่มนับเวลาราชการ		ออกเมื่อ 1 ตุลาคม 2560		ว.ด.ป. เกิด 5 พฤศจิกายน 2508	
29 เมษายน 2527 อายุ 18ปี		อายุ 51ปี		หน่วยงาน 02005 เขตท้องที่ 1000	
ส่วนราชการผู้เบิก กรมการเงินทหารเรือ				จังหวัด กรุงเทพมหานคร	
เงินเดือนเฉลี่ย60เดือน 33,622.00บาท		เวลาราชการสำหรับคำนวณ บำนาญสมาชิก กบข. 34 ปี 10 เดือน 1 วัน นับให้ 34.84 ปี จำนวนเงินที่ส่งจ่าย บำนาญเดือนละ 23,427.81 บาท เงินเพิ่ม สปข. 0.00 บาท (สองหมื่นสามพันสี่ร้อยยี่สิบเจ็ดบาทแปดสิบเอ็ดสตางค์) จ่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 เป็นต้นไป			
ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี 1152106538 *** โปรดตรวจสอบชื่อบริษัทและเลขที่บัญชีของท่านด้วย ***					
หมายเหตุ ณ 30 กันยายน 2560 รับเงินเดือน น.3 ชั้น 23.5 (39,880 บาท)					
สอบถามข้อมูลการเบิกเงินได้ที่ส่วนราชการผู้เบิกข้างต้น และส่วนราชการผู้เบิกทำคำขอเบิกผ่านระบบบำเหน็จบำนาญ					

ตัวอย่างหนังสือส่งจ่ายบำเหน็จดำรงชีพ



ที่ กค 0411.3/22/000693

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระราม 6 กทม. 10400

8 พฤศจิกายน 2560

เรื่อง การส่งจ่ายบำเหน็จดำรงชีพ กบข.
เขียน ผู้บัญชาการทหารเรือ

เพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ตามรายละเอียดการส่งจ่ายท้ายหนังสือนี้

ขอแสดงความนับถือ

(น.ส.พญง จันทรงามดี)

นักวิชาการคลังชำนาญการ รักษาการแทน
นักวิชาการคลังชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองบริหารการเบิกจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง บำเหน็จบำนาญ
ส่วนบริหารการจ่ายเงิน1

โทร. 0 2127 7000 ต่อ 4543,4216,4509,4539

โทรสาร 0 2127 7330 E-mail: disadms1@cgd.go.th

ส่วนราชการผู้ขอ กรมกำลังพลทหารเรือ	ตามหนังสือที่ 1336-61-000232	ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2560
ชื่อ นาวาโทนิรันดร์ วงศ์บุญรอด 3110100279353	02005 กองทัพบก	
สถานภาพ	เหตุที่ออก ลาออก (เกษียณก่อนกำหนด)	รับเงินเหตุ สูงอายุ
ว.ด.ป.เริ่มนับเวลาราชการ 29 เมษายน 2527 อายุ 18ปี	ออกเมื่อ 1 ตุลาคม 2560 อายุ 51ปี	ว.ด.ป. เกิด 5 พฤศจิกายน 2508 หน่วยงาน 02005 เขตท้องที่ 1000
ส่วนราชการผู้เบิก กรมการเงินทหารเรือ		จังหวัด กรุงเทพมหานคร
บำนาญเดือนละ 23,427.81บาท	15 เท่าของบำนาญและหรือบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพ ไม่เกินสองแสนบาทหรือสี่แสนบาทแล้วแต่กรณี จำนวนเงินที่ส่งจ่าย บำเหน็จดำรงชีพเป็นเงิน 200,000.00 บาท (สองแสนบาทถ้วน)	
ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี 1152106538 *** โปรดตรวจสอบชื่อบริษัทและเลขที่บัญชีของท่านด้วย ***		
สอบถามข้อมูลการเบิกเงินได้ที่ส่วนราชการผู้เบิกข้างต้น และส่วนราชการผู้เบิกทำคำขอเบิกผ่านระบบบำเหน็จบำนาญ		

การเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคารรับเงินบ้านาบุญฯ

- กรอกแบบแจ้งความจำนงขอเปลี่ยนแปลง บัญชีรับเงิน
ผ่านธนาคาร
- แนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารใหม่ , สำเนาบัตรประชาชน
- อย่าปิดบัญชีธนาคารเก่าจนกว่าเงินจะเข้าบัญชีใหม่

การเบิกค่ารักษาพยาบาลและค่าช่วยการศึกษาบุตร

สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1. ยื่นใบเสร็จด้วยตนเองที่ฝ่ายการเงินฯ ศูนย์บริการ
กำลังพล ทร. นอกประจำการ: OSS
2. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ โดยกรอกแบบฟอร์มใบเบิก
ค่ารักษาพยาบาล หรือ ค่าช่วยการศึกษาบุตร ให้ครบถ้วน
พร้อมกับแนบใบเสร็จรับเงิน

ที่อยู่จัดส่งเอกสาร โดยส่งมาที่

กรมกำลังพลทหารเรือ

ศูนย์บริการกำลังพล ทร. นอกประจำการ (ฝ่ายการเงิน)

บก.ทร. วังนันทอุทยาน แขวงบ้านช่างหล่อ

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

แผนกเบี้ยหวัดและบำนาญ กองเงินเดือน กรมการเงิน

ทหารเรือ ถนนวังเดิม แขวงวัดอรุณ เขตบางกอกใหญ่

กรุงเทพฯ ๑ 10600

วิธีปฏิบัติในการส่งเอกสารการเบิก ทางไปรษณีย์

1. กรอกรายละเอียดส่วนตัวให้ครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อ ในช่องผู้เบิก และผู้รับเงิน **ไม่ต้องกรอกจำนวนเงิน** พร้อมทั้งเขียนหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และหมายเลขประจำตัวประชาชน
2. ใบเสร็จค่ารักษาฯ ถ้ามีการส่งจ่ายยา **จากยานอกบัญชียาหลักๆ** ต้องมีหนังสือรับรองจากทางโรงพยาบาล หรือแพทย์ ว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยานอกนั้น ๆ
3. ค่าช่วยการศึกษาบุตร แนบ **ใบเสร็จรับเงิน** และเอกสารของโรงเรียนเกี่ยวกับการจัดเก็บค่าธรรมเนียมทุกครั้ง

หมายเหตุ ค่าช่วยการศึกษาบุตร สำหรับผู้ที่เบิกเทอม 1 ไปแล้ว
ขณะที่เป็นข้าราชการประจำการ การเบิกในเทอม 2 ให้หมายเหตุ
ในใบเบิกว่าเทอม 1 เบิกไปแล้วเท่าไร ฎีกาที่เท่าไร (ถ้า
ทราบ) และหน่วยงานที่เบิกให้ (หน่วยเดิมก่อนเกษียณ)

แบบฟอร์มใบเบิกค่ารักษาพยาบาล และค่าช่วยการศึกษา
บุตร สามารถโหลดได้ที่เว็บไซต์ของกรมการเงินทหารเรือ หรือ
เว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง

กรมการเงิน ฯ <http://www.finance.navy.mi.th>

กรมบัญชีกลาง <http://www.cgd.go.th>

หรือสามารถขอได้ตามหน่วยการเงินทั่วไปใน ทร.

ในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ก่อนเปลี่ยน สิทธิจากข้าราชการประจำการ เป็นผู้รับบำนาญ ทำให้ ไม่สามารถเบิกจ่ายตรง จากกรมบัญชีกลางได้ ให้ ข้าราชการบำนาญ **สำรองจ่ายเงินสด** ไปก่อน และ สามารถนำใบเสร็จรับเงินมาเบิกในภายหลัง

ตัวอย่างคำรักษาพยาบาล

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... น.ท.รักษาติ ราชานารี..... ตำแหน่ง..... (เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้) กรมกำลังพลทหารเรือ (บ้านฉาง)..... สังกัด..... (ID:เลขประจำตัวประชาชน)	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ <input checked="" type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่..... ป่วยเป็นโรค..... <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก ตรวจสอบสุขภาพประจำปี..... รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า ฯ และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... 5 ต.ค.2565..... ถึงวันที่..... 5 ต.ค.2565..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... 740.00..... บาท (..... เจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... 1..... ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย เป็นเงิน..... 740.00..... บาท (..... เจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน.....) และ (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกให้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ให้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2).....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น	

ตัวอย่างคำรักษาพยาบาล

4. เลขอ.....	๕
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกคำรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	
(ลงนามให้เรียบร้อย)	
(ลงชื่อ) น.พ.	ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(..... รักษาดี ราชนาวิ) (.....)	
วันที่.....เดือน.....ต.ค.....พ.ศ. 2565	
5. คำอนุมัติ	
อนุมัติเบิกได้	
(ลงชื่อ)	
(.....)	
ตำแหน่ง.....	
6. โบรับเงิน	
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... 740.00	บาท
(..... เจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ไว้ถูกต้องแล้ว	
(ลงนามให้เรียบร้อย)	
(ลงชื่อ) น.พ.	ผู้รับเงิน
(..... รักษาดี ราชนาวิ) (.....)	
(ลงชื่อ)	ผู้จ่ายเงิน
(.....)	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีที่ได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับคำรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL
 1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สภากาชาดไทย
 THAI RED CROSS SOCIETY 1873 RAMA IV Rd., PATHUMWAN DISTRICT, BANGKOK 10330

ใบเสร็จรับเงิน
 RECEIPT

เลขที่ 02 - 0722 - 6500505389

วันที่ 09 สิงหาคม 2565 เวลา 09:34 น.

ได้รับเงินจาก ร.ท.วิชาญ โคมกระโทก HN 86271/58 AN

ลำดับ	รหัส กรมบัญชีกลาง	รายการ	เบิกได้	เบิกไม่ได้ ตามระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข
1.		ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	970.00	
2.	41003	ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	250.00	
3.	51410	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ - (51410) ค่าตรวจคลื่นหัวใจ (E.K.G.) จำนวน 1 หน่วย	200.00	
4.	55020	ค่าบริการทางการพยาบาล	50.00	50.00
รวม			1,470.00	50.00
รวมทั้งสิ้น (หนึ่งพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)				1,520.00

สำนักงาน
 ร.ท. วิชาญ โคมกระโทก
 (วิชาญ โคมกระโทก)
 ๑๕ ส.ค. ๖๕

ศ.พ.พ.
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ชำระเงินโดย
 เงินสด 1,520.00 บาท
 จุดเก็บเงิน จุดเก็บเงินการเงิน ภปร.16 เลขที่การเงิน 27278/2565

ผู้รับเงิน *แพททิออน บัวงาม*
 (น.ส.แพททิออน บัวงาม)
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

เอกสารฉบับนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์
 สามารถตรวจสอบสถานะของใบเสร็จรับเงินได้ผ่าน QR Code



ใบเสร็จรับเงิน อิเล็กทรอนิกส์ (e-Receipt)

เอกสารฉบับนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์





ใบเสร็จรับเงิน

สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ

เล่มที่ 003

เลขที่ 071

วัน 14 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561

ได้รับ เงินสด เช็คเลขที่ ใบสำคัญ.....ฉบับ

ได้รับเงินจาก น.อ. มานะ...ใจดี ตามรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
	เบิกไม่ได้ตามระเบียบ กระทรวงการคลัง	ใบเสร็จเบิกได้
ค่ายาตามบัญชียาหลัก		820.00
รวมเงิน	0.00	820.00
(ตัวอักษร) แปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน	820	

ระบุ “ค่ายาตามบัญชียาหลัก”
ให้สถานพยาบาลแก้ไข
ให้ตรงตาม ว 177

เจ้าหน้าที่การเงิน

“ไม่ลงนามรับเงิน”

ได้มีการรับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(เข้มแข็ง กล้าหาญ)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงิน



ใบรับรองรายการยาและอวัยวะ
เทียม
ที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

ใบรับรองรายการและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า น.ค.อรุณสิทธิ์ อิมสุวรรณ ร.น. หัวหน้าสถานพยาบาล
 นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา

สำนักงานแพทยทหาร สำนักผู้บัญชาการทหารสูงสุด กองบัญชาการทหารสูงสุด
๑๒๖ หมู่ ๓ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทร. ๐๒๕๖๕ ๖๔๐๕ โทร.ทหาร (๐๒) ๕๖๒๑๐๘๐

ขอรับรองว่า สีก สุนทร สักขิมล ซึ่งป่วยเป็นโรค ปวดตึง
 ก. จำต้องใช้

- ยา
 - เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน
 - น้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด
 - ออกซิเจน
 - อวัยวะเทียม
 - อุปกรณ์ในการบำบัดโรคตามรายการข้างล่างนี้
ซึ่งไม่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลแห่งนี้
 - ทางห้องทดลอง
 - เอกซเรย์
- ตามรายการข้างล่างนี้ซึ่งโรงพยาบาล หรือ
สถานพยาบาลแห่งนี้ ไม่อาจให้บริการได้
- (๑) _____
(๒) _____
(๓) _____
(๔) _____

ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ

(ลงชื่อ) นาวาตรี 
(อรุณสิทธิ์ อิมสุวรรณ)
ตำแหน่ง ประธานแผนกการแพทย์
กวกพ. สนับสนุนทหาร
วันที่ 21 เดือน ก.ค. พ.ศ. ๕5

ระบุ ชื่อยา/
รหัสรายการที่รักษา/
อุปกรณ์
ของกรมบัญชีกลาง

ตรวจสอบ
ลายเซ็นแพทย์ผู้รักษา
และประทับตรา
สถานพยาบาลทุกครั้ง



ตัวอย่างคำช่วยการศึกษาบุตร

แบบ 7223

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า น.พ.รักษชาติ ราชนาวิ ตำแหน่ง (เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้) สังกัด กรมกำลังพลทหารเรือ (บ้านนาญ) ID-เลขประจำตัวประชาชน
2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ (ระบุ) <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือถูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ถูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือถูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจหน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง สังกัด
3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาของส่วกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา
4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ กิตติยา ราชนาวิ เกิดเมื่อ 14 ม.ค. 2544 เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) 1 เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) 1 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา รร.สตรีวิจิตรระพีง อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา 1.6 (1) <input checked="" type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน 1,650 บาท
2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท
3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท

ตัวอย่างคำช่วยการศึกษาบุตร

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน 1,650.00 บาท
(หนึ่งพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

6. เสนอ

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ค่ากว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ)..... น.พ. (ลงนามให้เรียบร้อย) ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....รักษาดี ราชนาวี.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2565

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

8. ใบรับเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการเพื่อการศึกษาของบุตร จำนวน 1,650.00 บาท
(หนึ่งพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ไร้ดอกเบี้ย
(ลงชื่อ)..... น.พ. (ลงนามให้เรียบร้อย) ผู้รับเงิน
(.....รักษาดี ราชนาวี.....)
(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก

ไว้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์ “ค่าการศึกษาบุตร”

 หนังสือ กระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.3/ว 130 ลง 19 พ.ย.56

ประกอบด้วย

1. ลายเซ็นผู้รับเงินอิเล็กทรอนิกส์
2. ลายน้ำตราสัญลักษณ์ประจำสถานศึกษา
3. เล่มที่ เลขที่ใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์

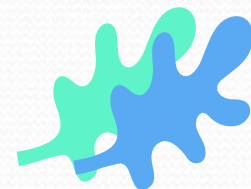


แนวทางการปฏิบัติ

- ✚ กรณี Print ใบเสร็จค่าการศึกษาบุตรแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ต้นฉบับ)
 - ให้ตรวจสอบลายน้ำตราสัญลักษณ์ประจำสถานศึกษาว่ามีหรือไม่
 - หากไม่มีแต่เป็นต้นฉบับ ให้ผู้มีสิทธินำใบเสร็จกลับไปให้ทางการเงินของสถานศึกษาลงนามรับเงิน
- ✚ กรณี Print ใบเสร็จค่าการศึกษาบุตรแบบอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาใบเสร็จ)
 - ให้ผู้มีสิทธินำกลับไปให้ทางสถานศึกษารับรองสำเนาถูกต้อง
 - ทำบันทึกข้อความชี้แจงสาเหตุที่ไม่นำใบเสร็จต้นฉบับมาเบิก

✚ ข้อควรระวัง

เมื่อ Print ใบเสร็จฯ ครั้งแรก จะเป็นต้นฉบับ หาก Print ใบเสร็จฯ อีกครั้ง จะเป็นสำเนา



3

ใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์
ต้นฉบับ

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน F6-2565:13/19

[ต้นฉบับ]



เลขประจำตัวเสียภาษีอากร
0994000162936
ใบเสร็จรับเงิน
มหาวิทยาลัยศิลปากร

ที่ทำการ กองคลัง

ภาคการศึกษาที่ 1/2565

ชื่อ นายทรงภพ เหมธามันท์

วันที่ 23 กันยายน 2565

คณะวิทยาลัย เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

รหัสนักศึกษา 641310133

รายการ

จำนวนเงิน(บาท)

1 ค่าลงทะเบียนหน่วย-1

35,000.00

802202:การไปรษณีย์คอมพิวเตอร์ประจำตัวเทคโนโลยีดิจิทัล

802241:การวิเคราะห์แนวโน้มสื่ออินเทอร์เน็ต

802242:การออกแบบและพัฒนาเว็บไซต์

802244:ระบบฐานข้อมูลดิจิทัล

802271: การออกแบบประสบการณ์

SU147:ภาพและเสียงดิจิทัล

SU402:นวัตกรรมและการออกแบบ

2

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน



ลายน้ำตราสัญลักษณ์
ประจำสถานศึกษา

1

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

35,000.00

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

(นางสาวเกษณีย์ วันศรี)
นักการเงินปฏิบัติการ

ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์



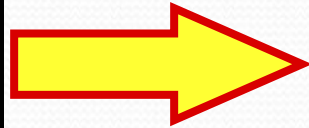
หนี้สิน

1. ในเดือน ต.ค. ที่เกษียณอายุราชการ กง.ทร.ไม่มีการหักหนี้สินผู้รับบำนาญต้องนำเงินสดไปชำระหนี้สินกับหน่วยเจ้าหนี้เอง โดยให้ประสานโดยตรงกับหน่วยเจ้าหนี้
2. สหกรณ์ฯ ฅมาปนกิจฯ เงินชดใช้ บังคับคดี(ศาลสั่ง)
3. หนี้สินของธนาคาร กง.ทร.จะหักหนี้สินให้เฉพาะ ธนาคารออมสิน และ ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น

การชำระหนี้ตามสัญญากู้เงิน(บำเหน็จค้ำประกัน)

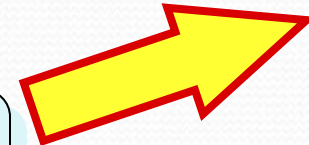


บำนาญ



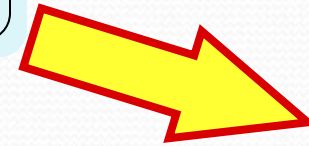
กรมบัญชีกลาง

ระบบจ่ายตรงๆ



ชำระหนี้

ธนาคาร



ผู้รับบำนาญ

บำนาญ ส่วนที่เหลือ

การหักภาษี ณ ที่จ่าย

1. กรมบัญชีกลาง เป็นผู้คำนวณทุกเดือน ในปีที่เกี่ยวข้อง แยกเป็น 2 ช่วง

- ข้าราชการประจำการก่อนเกษียณ (ม.ค. - ก.ย.) คำนวณภาษี 9 เดือน

- ข้าราชการเกษียณ (ต.ค.-ธ.ค.) กรมบัญชีกลางจะไม่คำนวณภาษีหัก ณ ที่จ่ายให้ ทำให้ภาษีต่ำกว่าเกณฑ์ต้องสำรองจ่ายภาษีในปีถัดไป ในกรณีต้องการเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาษีเงินได้ ให้กรอกแบบฟอร์ม ในแบบ ลย.01 ที่ศูนย์บริการกำลังพลนอกประจำการ ทร. หรือทำได้ในระบบ Digital Pension

การหักภาษี ณ ที่จ่าย (ต่อ)

2. หนังสือรับรองภาษี ในปีที่ยื่นอายุราชการจะมี 2 ส่วน ได้แก่

- ช่วงที่ 1 ม.ค. – ก.ย. ให้ติดต่อรับได้ที่หน่วยการเงินต้นสังกัด (ก่อน
เกษียณอายุราชการ)

- ช่วงที่ 2 ต.ค. – ธ.ค. แผนกเบี้ยหวัด ฯ จะจัดส่งหนังสือรับรองภาษีให้ 3
เดือน (ต.ค. - ธ.ค.) ซึ่งจะส่งให้ ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้กับ กพ.ทร. (ในระบบ
Digital Pension) หรือสามารถดาวน์โหลดได้ ระบบ Digital Pension
เช่นกัน โดยจะอยู่ในหัวข้อ ดาวน์โหลดหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ตัวอย่างหนังสือรับรองหักภาษี ณ ที่จ่าย

หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ตามมาตรา 50 ทวิ แห่งประมวลรัษฎากร

ผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย : ชื่อ กองทัพอากาศ (ให้ระบุว่าเป็น บุคคล นิติบุคคล บริษัท สมาคม หรือคณะบุคคล) ที่อยู่ พระราชวังเดิม เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพฯ 10600 (ให้ระบุ เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด)	เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0 9 9 4 0 0 0 1 6 0 9 2 5
--	--

ผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย : ชื่อ นาวาโท นิรันดร์ วงศ์บุญรอด (ให้ระบุว่าเป็น บุคคล นิติบุคคล บริษัท สมาคม หรือคณะบุคคล) ที่อยู่ 49/3 ม. 6 ซอยสุขสวัสดิ์92 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ สมุทรปราการ 10290 (ให้ระบุ เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด) ลำดับที่ 6,922 ใบแบบ <input type="checkbox"/> (1) ก.จ.ด.1ก. <input checked="" type="checkbox"/> (2) ก.จ.ด.1ก.พิเศษ <input type="checkbox"/> (3) ก.จ.ด.2 <input type="checkbox"/> (4) ก.จ.ด.3 02005-1000 <input type="checkbox"/> (5) ก.จ.ด.2ก. <input type="checkbox"/> (6) ก.จ.ด.3ก. <input type="checkbox"/> (7) ก.จ.ด.53	เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 3 1 1 0 1 0 0 2 7 9 3 5 3
---	--

ประเภทเงินได้ที่จ่าย	วัน เดือน หรือปีภาษีเบิกจ่าย	จำนวนเงินที่จ่าย	ภาษีที่หักและนำส่งไว้
1 เงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยเลี้ยง โบนัส ฯลฯ ตามมาตรา 40(1)	2561	281,133.72	0.00
รวมเงินที่จ่ายและหักนำส่ง		281,133.72	0.00

รวมเงินภาษีที่หักนำส่ง (ตัวอักษร)

ผู้จ่ายเงิน (1) ออกภาษีให้ครั้งเดียว (2) ออกภาษีให้ตลอดไป (3) หักภาษี ณ ที่จ่าย (4) อื่น ๆ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าข้อความและตัวเลขดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

ลงชื่อ  ผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย

09 มกราคม 2562

วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือรับรอง

หมายเหตุ ให้สามารถอ้างอิงหรือสอบย้อนกันได้ระหว่างลำดับที่ตามหนังสือรับรอง ฯ กับแบบยื่นรายการภาษีหัก ณ ที่จ่าย
คำเตือน ให้ผู้มีหน้าที่ออกหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมาตรา 50 ทวิ แห่งประมวลรัษฎากร
ต้องรับโทษทางอาญามาตรา 35 แห่งประมวลรัษฎากร ด้วย

กรมการเงินทหารเรือ พระราชวังเดิม เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพฯ 10600	เอกสารสำคัญ หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย	ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน เป็นอนุญาติที่ 3/2540 ปณ. บางกอกใหญ่
กรุณาส่ง นาวาโท นิรันดร์ วงศ์บุญรอด 49/3 ม. 6 ซอยสุขสวัสดิ์92 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ สมุทรปราการ 10290		

สอบถามปัญหาต่าง ๆ ได้ที่

ฝ่ายการเงินฯ ศูนย์บริการกำลังพล ทร.

นอกประจำการ: OSS

โทร. 02 - 475 - 8265 , 02 - 475 - 8266

