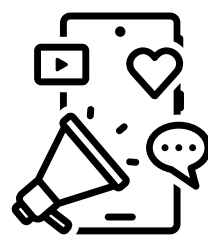


..ประชุมชี้แจง..

แผนสวัสดิการ & ความคุ้มครองประกันสุขภาพกลุ่ม

ปีงบประมาณ 2570

(1 ตุลาคม 2569 ถึง 30 กันยายน 2570)



AGENDA OVERVIEW

- การเบิก Flexible Benefits ปีงบประมาณ 2569
- การเลือกแผนประกันฯ ผ่านระบบ Flexible Benefits
- ประกันสุขภาพกลุ่ม ปีงบประมาณ 2570
- การเบิก Flexible Benefits ปีงบประมาณ 2570
- ประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าสงเคราะห์ศพของ พนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2569
- Group Health Insurance

FLEXIBLE BENEFITS ปีงบประมาณ 2569

! **IMPORTANT**

โปรดทำรายการเบิก FLEXIBLE BENEFITS ให้แล้วเสร็จ

ภายในวันที่ 25 กันยายน 2569

(สถานะการเบิก : ส่วนงานตรวจสอบแล้ว)



1. ไม่เป็นส่วนหนึ่งของ “ประกันสุขภาพกลุ่ม”
2. เบิกจ่ายผ่านระบบออนไลน์ของมหาวิทยาลัย เท่านั้น



<https://flexbenefits.mis.cmu.ac.th/>

3. เบิกได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่ต้องไม่เกินวงเงินคงเหลือ
4. ใบเสร็จรับเงิน มีอายุ 1 ปี นับแต่วันที่ออกใบเสร็จ
5. เบิกได้เฉพาะตนเองเท่านั้น ไม่รวมญาติสายตรง
6. รูปแบบการเบิก จะต้องครบตามเงื่อนไขที่กำหนด

ขอความร่วมมือส่งเบิก.. โดยเร็ว

- ทำรายการเบิก Flexible Benefits ปีงบประมาณ 2569
- ส่วนงานตรวจสอบ และ ส่งถึง กองทรัพยากรบุคคล
- ขอความร่วมมือในการเบิก Flexible Benefits ให้ครบถ้วน ก่อนระยะเวลาที่กำหนด เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ขอเบิก

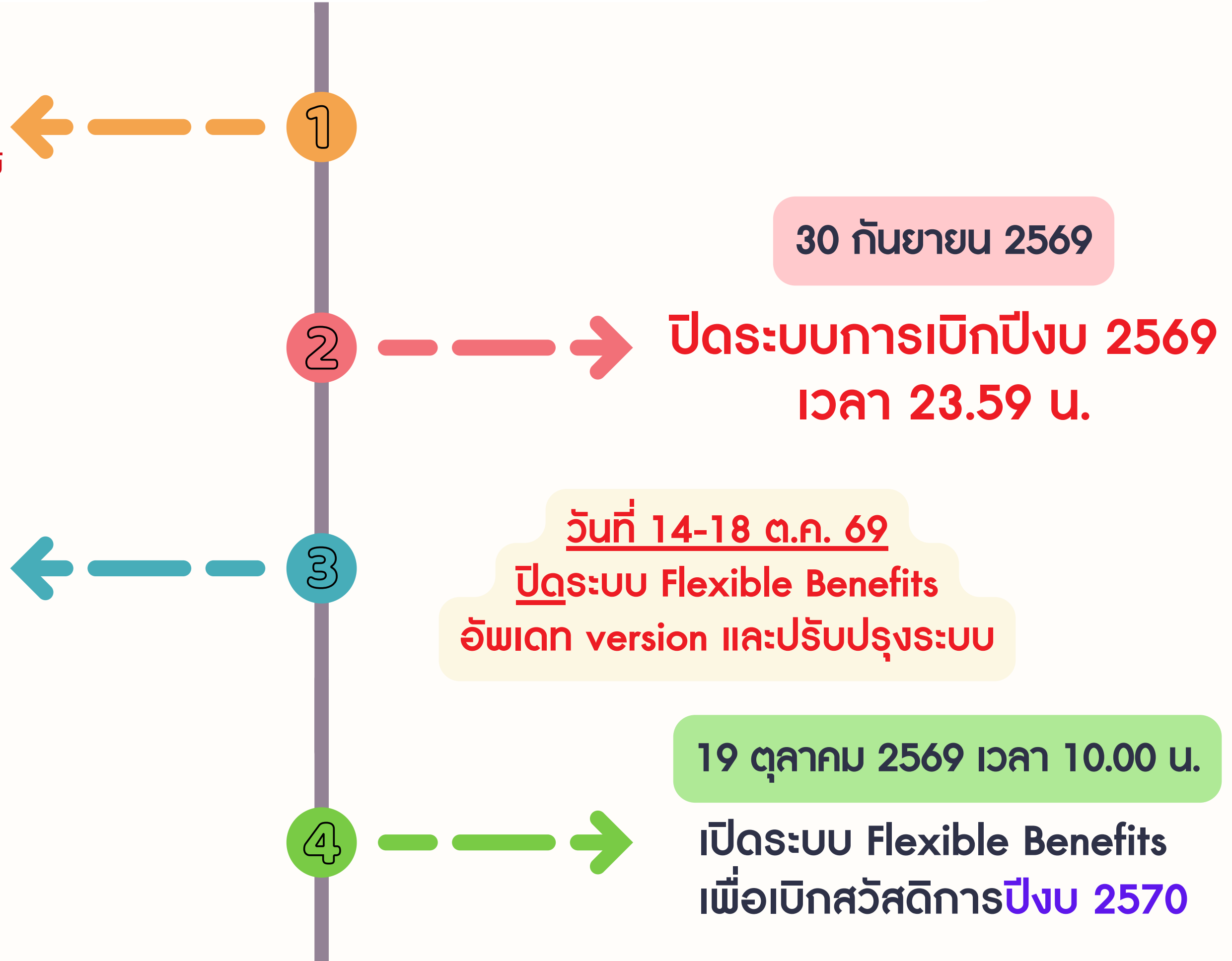
1-13 ตุลาคม 2569

หากมีการติดกลับแก้ไข... สถานะ

- ติดกลับจากส่วนงาน
- ติดกลับจากกองทรัพยากรบุคคล

ให้บุคลากรดำเนินการแก้ไขรายการตามแจ้ง และ ส่วนงานดำเนินการตรวจสอบภายใน วันที่ 13 ตุลาคม 2569

หากบุคลากร หรือ ส่วนงาน ดำเนินการภายหลังวันที่ 13 ตุลาคม 2569 จะถือว่าไม่ได้รับ “สิทธิการเบิก”



- กำหนดระยะเวลา การเลือกแผนสวัสดิการในระบบ Flexible Benefits -



สวัสดิการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2570

วงเงิน 8,000 บาท / คน /ปีงบประมาณ

สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย งบประมาณแผ่นดิน





เลือกแผนประกันสุขภาพปี 70



สวัสดิการ

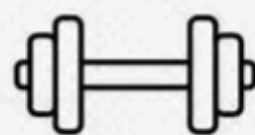
ด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น



วงเงิน **8,000**
บาท/คน/ปีงบประมาณ



ด้านสุขภาพ



ด้านสร้างเสริมสุขภาพ



ด้านการสร้างเสริม
บุคลิกภาพ



ด้านอื่นๆ



📅 บังคับประมาณ 2570

เลือกแผนประกันสุขภาพ

เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของแต่ละแผน แล้วกดปุ่ม “เลือกแผนนี้” ในแผนที่ท่านต้องการ



แผนปัจจุบันของท่าน

แผนที่ 2

วงเงิน Flexible Benefits / แผน / บังคับประมาณ : 4,500 บาท

หากต้องการเปลี่ยน ให้เลือกแผนอื่นด้านล่างได้จนกว่าจะปิดระบบ

แนะนำให้เปิดหน้านี้ด้วย Chrome, Edge หรือ Safari

🔗 ดูรายละเอียด/เปรียบเทียบแผนประกัน

N



แผนประกัน

แผนที่ 1

วงเงิน Flexible Benefits / บังคับประมาณ

5,800 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 500
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 500
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 2,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

เลือกแผนนี้ →

✓ แผนปัจจุบันของท่าน



แผนประกัน

แผนที่ 2

วงเงิน Flexible Benefits / บังคับประมาณ

4,500 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 700
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 700
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 3,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 700

✓ แผนปัจจุบันของท่าน

ท่านเลือกแผนนี้ไว้แล้ว



แผนประกัน

แผนที่ 3

วงเงิน Flexible Benefits / บังคับประมาณ

0 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 2,000
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 1,000
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 4,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 1,000

เลือกแผนนี้ →

ขั้นตอนการเลือกแผน



1. เลือกแผน

กดปุ่ม “เลือกแผนนี้” ในแผนที่ต้องการ



2. ยืนยัน

ตรวจสอบข้อมูลแล้วกดยืนยันในกล่องข้อความ



3. ตรวจสอบอีเมล

ระบบจะส่งอีเมลยืนยันการเลือกแผนให้ท่าน

N

5,800 บาท

4,500 บาท

0 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 500
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 500
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 2,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

เลือกแผนนี้ →

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- ค่าห้องและค่าอาหาร 2,000
- ค่าชดเชยรายวัน 1,000
- อุบัติเหตุฉุกเฉิน 4,000
- ผู้ป่วยนอก (OPD) 1,000

เลือกแผนนี้ →



ยืนยันการเลือกแผนที่ 1 ?

วงเงิน Flexible Benefits / ปีงบประมาณ: **5,800 บาท**

ท่านสามารถเปลี่ยนแผนได้จนกว่าจะปิดระบบ และกรุณาตรวจสอบอีเมล เพื่อยืนยันว่าการเลือกแผนเสร็จสมบูรณ์

ยกเลิก

ยืนยันเลือกแผนนี้

ขั้นตอนการเลือกแผน



1. เลือกแผน

กดปุ่ม "เลือกแผนนี้" ในแผนที่ต้องการ



2. ยืนยัน

ตรวจสอบข้อมูลแล้วกดยืนยันในกล่องข้อความ



3. ตรวจสอบอีเมล

ระบบจะส่งอีเมลยืนยันการเลือกแผนให้ท่าน

📅

ปีงบประมาณ 2570

✎

เปลี่ยนแผนประกัน

แผนประกันสุขภาพที่ท่านเลือก

สรุปรายละเอียดแผนประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ที่ท่านได้รับ



ท่านเลือกแผนประกันสุขภาพเรียบร้อยแล้ว
บันทึกล่าสุดเมื่อ 18 สิงหาคม 2569 เวลา 15:31 น.



แผนที่ท่านเลือก
แผนที่ 1

แผนประกัน

ข้อมูลวงเงิน

วงเงิน Flexible Benefits / แผน / ปีงบประมาณ

5,800 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 500
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 500
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 2,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

ท่านสามารถเปลี่ยนแผนได้จนกว่าจะปิดระบบการเลือกแผน

✎

เปลี่ยนแผนประกัน

ภายหลัง..

หากบุคลากรต้องการเปลี่ยนแผนประกัน



no-reply-flex@cmu.ac.th



To: 

Tue 18-Aug-26 3:50 PM



(แก้ไขแผนประกัน ปี 2570) แจ้งเตือนจากระบบสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น Flexible Benefits

วันที่เลือกแผน : วันอังคารที่ 18 สิงหาคม 2569 เวลา 15:50 น.

ชื่อ - สกุล :

หน่วยงาน :

แผนประกันสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2570 ที่ท่านเลือกคือ :

แผน 3 | วงเงิน Flexible Benefits 0 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ :

- ค่าห้องและค่าอาหาร 2,000
- ค่าชดเชยรายวัน 1,000
- อุบัติเหตุฉุกเฉิน 4,000
- ผู้ป่วยนอก (OPD) 1,000

หมายเหตุ

- ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : [รายละเอียด](#)

เช็คความถูกต้อง
การเลือกแผนใน
E-mail อีกครั้ง

หากบุคลากรไม่เลือกแผนตามระยะเวลาที่กำหนด

จะเป็นแผน 1 อัตโนมัติ



เพื่อรักษาสิทธิของท่านโปรดเข้าระบบเพื่อเลือกแผนตามระยะเวลาที่กำหนด

2570

seLife
อาคเนย์ประกันชีวิต

ประกันสุขภาพกลุ่ม

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2569 ถึง 30 กันยายน 2570

โดย บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

แผนความคุ้มครองบุคลากรงบประมาณแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2570

ประกันกลุ่ม ความคุ้มครอง	แผน 1 ค่าเบี้ย 2,200.-	แผน 2 ค่าเบี้ย 3,500.-	แผน 3 ค่าเบี้ย 8,000.-
ผู้ป่วยใน (IPD) ค่าห้องและค่าอาหาร สูงสุด 31 วัน (ต่อการเข้ารักษาโรคหนึ่ง)	500.-	700.-	2,000.-
ค่าชดเชยรายวัน	500.-	700.-	2,000.-
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	2,000.-	3,000.-	4,000.-
ผู้ป่วยนอก (OPD) ค่าตรวจรักษาและค่ายา - วันละครั้ง 15 ครั้ง / ปีกรมธรรม์	500.-	700.-	1,000.-
วงเงิน Flexible benefits	5,800.-	4,500.-	0.-



แผนความคุ้มครองของพนักงานในสังกัดส่วนงานทุกประเภท รวมถึงเงินรายได้
และกลุ่มผู้เกษียณ (ชำระเบี้ยประกันเอง)
ผู้เกษียณสามารถสมัครประกันสุขภาพกลุ่ม โดยแจ้งความประสงค์ผ่าน HR ส่วนงาน
(เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2569)

ประกันกลุ่ม ความคุ้มครอง	แผน 1 ค่าเบี้ย 2,200.-	แผน 2 ค่าเบี้ย 3,500.-	แผน 3 ค่าเบี้ย 8,000.-
ผู้ป่วยใน (IPD) ค่าห้องและค่าอาหาร <u>สูงสุด 31 วัน</u> (ต่อการเข้ารักษาโรคหนึ่ง)	500.-	700.-	2,000.-
ค่าชดเชยรายวัน	500.-	700.-	2,000.-
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	2,000.-	3,000.-	4,000.-
ผู้ป่วยนอก (OPD) ค่าตรวจรักษาและค่ายา - วันละครั้ง <u>15 ครั้ง</u> / ปีกรมธรรม์	500.-	700.-	1,000.-

ทุกประเภท : ข้าราชการ , ลูกจ้างประจำ , พนักงานโครงการ ฯลฯ

การสมัครประกันสุขภาพกลุ่ม

กรณี พนักงานส่วนงานทุกประเภท รวมถึงเงินรายได้ และผู้เกษียณ

1

แจ้งความประสงค์
-สมัคร-
ประกันสุขภาพกลุ่ม
ผ่าน HR ส่วนงาน

รวมถึงการชำระเงิน
ชำระให้แก่ส่วนงาน
เพื่อส่วนงานรวบรวมชำระให้แก่บริษัท
ในนามของส่วนงาน

2

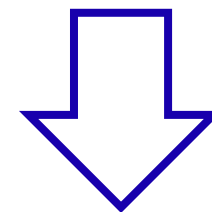
HR ส่วนงาน ตรวจสอบ
ความถูกต้อง ครบถ้วน



รวบรวมรายชื่อ
ส่งเอกสารและไฟล์ excel มายัง
กองทรัพยากรบุคคล
ผ่าน E-mail : supisara.k@cmu.ac.th
และ arissara.vich@cmu.ac.th

3

กองทรัพยากรบุคคล
นำส่งข้อมูลรายชื่อ
ไปยัง

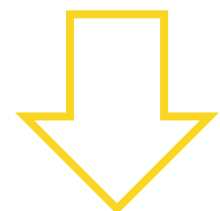


บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด

seLife
อากเนย์ประกันชีวิต

4

หลังจากได้รับข้อมูล
ดำเนินการ



วางบิล

****ภายในวันที่ 18 กันยายน 2569****
ก่อน 16.30 น.



แผนความคุ้มครองญาติสายตรง : เฉพาะ บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร
บุคลากรที่ประสงค์ทำประกันสุขภาพ(กลุ่ม) ให้แก่ญาติสายตรง
สามารถกรอกแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่ HR ส่วนงาน

ความคุ้มครอง	แผน 1 (ค่าเบี้ย 7,970.-)	แผน 2 (ค่าเบี้ย 11,729.-)	แผน 3 (ค่าเบี้ย 20,378.-)
ผู้ป่วยใน (IPD) ค่าห้องและค่าอาหาร <u>สูงสุด 31 วัน</u> (ต่อการเข้ารักษาโรคนั้น)	700.-	1,000	2,500
ค่าชดเชยรายวัน	700.-	1,000	2,500
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	3,500.-	5,000	5,000
ผู้ป่วยนอก (OPD) ค่าตรวจรักษาและค่ายา - วันละครั้ง <u>15 ครั้ง</u> / ปีกรมธรรม์	500.-	1,000	1,500

เงื่อนไข :

1. กรณีบุตรอายุตั้งแต่ 2 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือ ขยายความคุ้มครองถึง 23 ปีบริบูรณ์ กรณียังเป็นนักศึกษาและโสด
2. กรณีคู่สมรส อายุไม่เกิน 65 ปี
3. จำนวนผู้สมัครไม่น้อยกว่า 3,000 ราย
4. ไม่มีวงเงินเสียชีวิตกรณีอุบัติเหตุ

เอกสาร : ใบสมัครพนักงาน และญาติสายตรง

รายงานการแจ้งเข้าพนักงานใหม่ และครอบครัว

ข้อมูลที่จะนำเข้าระบบ รายละเอียด Field Excel (พนักงาน)

Insured First Name	Insured Last Name	Insured Prefix	Insured ID Number	Insured Gender	Insured Birthday	Benefit Plan Number	EMAIL	Staff Code	Department		Bank Account Number	Bank Branch	Account Holder Name
ชื่อ	นามสกุล	คำนำหน้านาม	เลขที่บัตรประชาชน	เพศ	วันเกิด(ค.ศ.)	แผน		รหัสพนักงาน	สังกัด / คณะ	ภาค / หน่วย / ศูนย์	เลขที่บัญชี	ชื่อธนาคาร	ชื่อบัญชี

บุคลากร

บิศา มารดา คู่สมรส บุตร

>

บุคลากร

บิศา มารดา คู่สมรส บุตร

+

:

โปรดระบุหมายเลขบัญชี

การสมัครประกันสุขภาพกลุ่ม
กรณี ญาติสายตรง บิดา มารดา คู่สมรส และ บุตร
ผู้สมัคร 3,000 รายขึ้นไป

1

แจ้งความประสงค์
- สมัครให้แก่ บิดา มารดา
คู่สมรส บุตร -
ผ่าน HR ส่วนงาน

- บิดา
- มารดา
- คู่สมรส
- บุตร

2

กรอกเอกสารใบสมัคร
พร้อมแนบ...

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาสูติบัตร (กรณี บุตร)

ส่งเอกสารทั้งหมด
ที่ HR ส่วนงาน

3

ส่วนงานตรวจสอบ
ความถูกต้อง ครบถ้วน

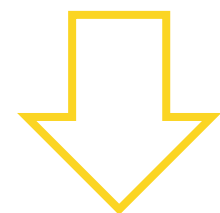


จัดส่งเอกสารมายัง
กองทรัพยากรบุคคล
ไฟล์ Excel มายังอีเมล

****ภายในวันที่ 18 กันยายน 2568****
ก่อนเวลา 16.30 น.

4

กองทรัพยากรบุคคล
นำส่งข้อมูลรายชื่อ
ไปยัง



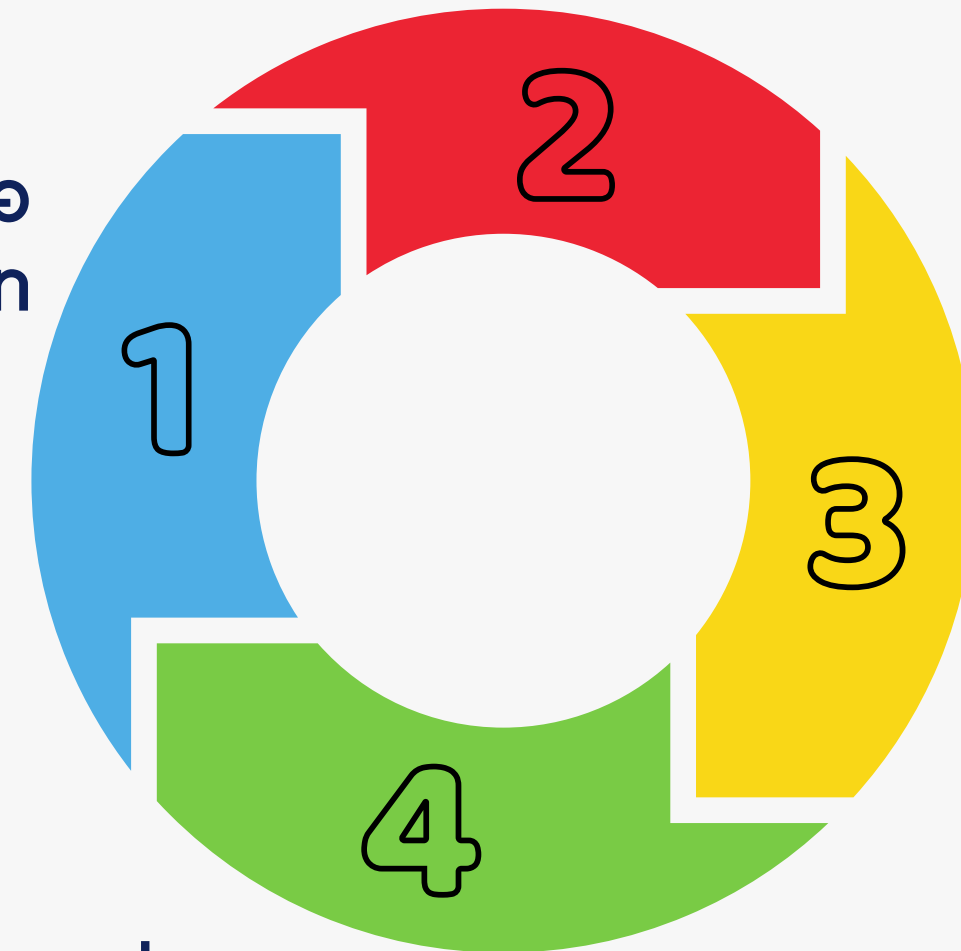
บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด

seLife
อากเนย์ประกันชีวิต

ไม่รับชำระผ่านบัตรเครดิต

บริษัทส่งเอกสารผู้รับผลประโยชน์
มายังมหาวิทยาลัยฯ

มหาวิทยาลัยฯ ส่งรายชื่อ
ไปยังบริษัท



มหาวิทยาลัยฯ
ส่งเอกสารผู้รับผลประโยชน์
ไปยังส่วนงาน

ส่วนงาน
แจ้งผู้เอาประกันระบุผู้รับผลประโยชน์
และเก็บเอกสารไว้ที่ส่วนงาน



บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Southeast Life Insurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ 315 อาคารไทยทรีป ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th ศูนย์ลูกค้า โทร. 0 2255 5656
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ใบสมัครสำหรับสมาชิก

(MEMBERS' ENROLLMENT FORM)

เสนอต่อ
Submit to

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
SOUTHEAST LIFE INSURANCE CO.,LTD.

บริษัท

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรมธรรม์เลขที่

ยังไม่ต้องระบุ

เลขที่สมาชิก

ยังไม่ต้องระบุ

Company/policy holder

Policy number

ชื่อ (Name)

ชื่อ

นามสกุล (Surname)

นามสกุล

วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)

01/01/25xx

เพศ (Sex)

ชาย/หญิง

วันเข้าทำงาน (Date of Employment)

01/01/25xx

ตำแหน่ง (Title)

นักจัดการงานทั่วไป

วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance)

1 ตุลาคม 2569

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance)

ยังไม่ต้องระบุ

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) :

ชื่อ - นามสกุล (Name - Surname)	อายุ (Age)	เพศ (Sex)	ความสัมพันธ์ (Relationship)
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์			



ใบสมัครสำหรับสมาชิก

(MEMBERS' ENROLLMENT FORM)

เสนอต่อ

บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Submit to

SOUTHEAST LIFE INSURANCE CO.,LTD.

บริษัท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่..... กรมธรรม์เลขที่.....ไม่ต้องระบุ.....เลขที่สมาชิก.....ไม่ต้องระบุ.....

Company/policy holder

Policy number

ชื่อ (Name).....xxx..... นามสกุล (Surname).....xxx.....

วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth) 01/01/25xx..... เพศ (Sex) ชาย/หญิง.....

วันเข้าทำงาน (Date of Employment) 01/01/25xx..... ตำแหน่ง (Title) xxxx.....

วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance) 1 ตุลาคม 2569.....

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance)

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) :

ชื่อ - นามสกุล (Name - Surname)	อายุ (Age)	เพศ (Sex)	ความสัมพันธ์ (Relationship)
xxxxxxx xxxxxx	xx	xx	บิดา/มารดา/พี่/น้อง/แฟน
xxxxxxx xxxxxx	xx	xx	
xxxxxxx xxxxxx	xx	xx	

แผนการดำเนินการจัดทำประกันสุขภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ 2570 (1 ตุลาคม 2569 - 30 กันยายน 2570)

สิงหาคม 2568

แจ้งเวียนประชาสัมพันธ์แผนประกัน
ให้ทุกส่วนงานทราบ

START

19 สิงหาคม 2569 10.00 น. ถึง
18 กันยายน 2569 12.00 น.

บุคลากรเลือกแผนสวัสดิการของตน
(กลุ่มหลัก : พนักงานมหาวิทยาลัยงบประมาณแผ่นดิน)
ระบุ : Flexible Benefits CMU

25 กันยายน 2569

นำส่งข้อมูลผู้เอาประกันให้แก่บริษัท

FINISH

18 กันยายน 2569

ส่งรายชื่อ ก่อน 16.30 น.

ทุกส่วนงานแจ้งความประสงค์ทำประกันกลุ่ม
(ส่วนงาน สมทบค่าเบี้ยประกัน / เงินรายได้ส่วนงาน)

และนำส่งข้อมูลผู้เอาประกัน

รวมถึงผู้เกษียณที่ประสงค์ทำประกันของแต่ละส่วนงาน
กรณีผู้เกษียณ ชำระค่าเบี้ยประกันเอง

19 สิงหาคม 2569 ถึง

18 กันยายน 2569

ส่งเอกสาร ก่อน 16.30 น

รับสมัครผู้ทำประกันกลุ่มญาติสายตรง
(คู่สมรส บุตร)

(เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2569)

ประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าสงเคราะห์ศพของ พนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2569

สาระสำคัญ...



ให้พนักงานมหาวิทยาลัยผู้ยื่นคำขอเบิกสวัสดิการนำส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
ฉบับจริงให้กับส่วนงานต้นสังกัดภายในสิบห้าวันทำการนับแต่วันที่ยื่นเบิกในระบบเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
การตรวจสอบ หากผู้ยื่นคำขอไม่ส่งหลักฐานภายในกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ให้เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องคืนให้ผู้ยื่น
คำขอ และบันทึกการดำเนินการดังกล่าวไว้ ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิที่ผู้ยื่นคำขอจะยื่นคำขอใหม่

หมวดการเบิกที่เพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2570

- อุปกรณ์กีฬา
- ค่าอุปกรณ์ป้องกันและบรรเทา อาการ Officesyndrome

หมวด 2

FLEXIBLE BENEFITS

ด้านสร้างเสริมสุขภาพ



- อุปกรณ์กีฬา
- *โปรดแนบภาพขณะใช้อุปกรณ์ทำกิจกรรม*



ในระบบจะมีให้ระบุ size รองเท้า
หน่วยเป็น ซม.

หมวด 4

FLEXIBLE BENEFITS

อื่นๆ

เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย

ค่าอุปกรณ์ป้องกันและ
บรรเทา อาการ
Officesyndrome

- อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ ดังนี้
 - (1) เข็มขัด เสื่อพุงหลังเพื่อสุขภาพ
 - (2) เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอหรือศีรษะ เพื่อสุขภาพ ไม่รวมเครื่องนอนต่างๆ
 - (3) เก้าอี้ชนิด อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ บ่า ไหล่ หลัง และขา
 - (4) อุปกรณ์สำหรับพุงร่างกาย เพื่อการรักษาอาการบาดเจ็บ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันระหว่างการออกกำลังกาย เช่น สนับเข่า สนับศอก พุงข้อเท้า
- อุปกรณ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจากลักษณะการทำงาน (Office Syndrome) ดังนี้
 - (1) เก้าอี้เพื่อสุขภาพ
 - (2) แป้นสำหรับสุขภาพ
 - (3) คีย์บอร์ดเพื่อสุขภาพ



รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

- 1) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
- 2) แบบใบรับรองการจ่ายเงิน หรือ ระบุลงบนใบเสร็จโดยผู้ขอเบิกระบุข้อความ ดังนี้
“ขอรับรองว่าเป็นการใช้จ่ายเพื่อซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ หรืออุปกรณ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจากลักษณะการทำงาน (Office Syndrome) จริง”
พร้อมลงนามรับรอง



ประกาศ



ตามที่กองทรัพยากรทุนมนุษย์ได้ดำเนินการแจ้งเวียน

ประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ว่าด้วย

**หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าสงเคราะห์ศพของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2569**

ในการเบิกจ่าย **สวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดยูน**
ขอให้ส่วนงานและบุคลากร ยึดหลักเกณฑ์และรายการเบิกจ่าย
ตามรูปแบบเดิมที่ปรากฏในระบบ ไปก่อน

สำหรับกรณีที่จะประสงค์จะเบิกสวัสดิการในหมวดที่มีการเพิ่มเติมตามประกาศดังกล่าว
ขอให้เริ่มดำเนินการเบิกจ่ายพร้อมใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการจ่ายเงินที่เกิดขึ้น
ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2569 เป็นต้นไป ซึ่งเป็นวันเริ่มต้นปีงบประมาณ 2570

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป



ปีงบประมาณ
2570

FLEXIBLE BENEFITS

ที่สามารถเบิกได้!



สุขภาพ



สร้างเสริมสุขภาพ



สร้างเสริมบุคลิกภาพ



อื่นๆ

เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย

FLEXIBLE BENEFITS

ด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล / ค่าบริการทางการแพทย์ / ค่ายาหรือเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือประกันสุขภาพที่มหาวิทยาลัยจัดให้



ค่าทันตกรรม / ค่าบริการทางการแพทย์ด้านทันตกรรม / ค่ายาหรือเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่นอกเหนือจากสิทธิที่ได้รับจากกรมบัญชีกลาง หรือประกันสังคมกำหนด

การทันตกรรม

ค่าใช้จ่ายการฉีดวัคซีนทุกรายการที่นอกเหนือจากกรมบัญชีกลาง หรือประกันสังคมกำหนด

การฉีดวัคซีน

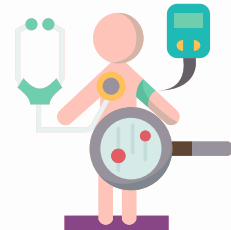


การรักษาหรือการแก้ไขความผิดปกติของสายตา



การตรวจสุขภาพ หรือการตรวจร่างกาย

ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าตรวจร่างกาย ที่นอกเหนือจากรายการตรวจสุขภาพประจำปี ที่กรมบัญชีกลาง หรือประกันสังคมกำหนด



การรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ค่าบริการตรวจรักษา / ค่าบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Counseling) / ค่ายาหรือเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา



กายภาพบำบัด หรือการรักษาด้วยสาขาวิชาทางการแพทย์

ค่าใช้จ่ายค่ากายภาพบำบัด หรือค่าบริการในการรักษาเกี่ยวกับออฟฟิซินโดรม รวมถึงค่าบริการแพทย์แผนไทย ค่าบริการแพทย์แผนจีน หรือการผสมผสานการรักษา

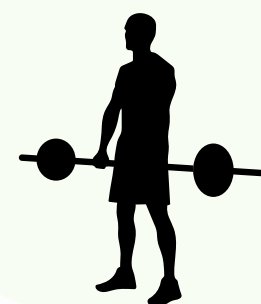


ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางสายตา เช่น ค่าแว่นสายตา ค่าคอนแทคเลนส์ เลนส์สายตา พร้อมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ และการทำเลสิก (Lasik) รายละเอียด ดังนี้

- 1) กรณีการซื้อแว่นสายตา หรือ ซื้อคอนแทคเลนส์ จะต้องระบุค่าสายตาลงในใบเสร็จรับเงินด้วย
- 2) กรณีเป็นต่อลม ต้อกระจก หรือหมายถึงโรคที่มีความผิดปกติทางสายตาอื่นๆ จะต้องมีการพบจักษุแพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ พร้อมด้วยคำสั่งแพทย์ หากจำเป็นต้องมีการสวม “แว่นตากันลม หรือกันแสง”

FLEXIBLE BENEFITS

ด้านสร้างเสริมสุขภาพ



การใช้บริการในสถานที่ออกกำลังกาย
(Fitness / ศูนย์กีฬา / ศูนย์สุขภาพ)
ไม่ต้องแนบภาพประกอบ



- การสมัครแข่งขันกีฬา
- เล่นกีฬาประเภททีม

โปรดแนบภาพขณะทำกิจกรรมประกอบ



- อุปกรณ์กีฬา

โปรดแนบภาพขณะใช้อุปกรณ์ทำกิจกรรม



FLEXIBLE BENEFITS

ด้านสร้างเสริมบุคลิกภาพ



- ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคผมร่วง หรือการปลูกผม
 - การทำหัตถการ / การดูแลรักษารูปร่าง
- 1) ค่าใช้จ่ายการทำหัตถการรักษาผิวหน้าและผิวพรรณโดยแพทย์
 - 2) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษารูปร่าง / การลดน้ำหนักโดยแพทย์

รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

1. ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
2. ใบรับรองการรักษา/ใบรับรองการทำหัตถการ โดยแพทย์
3. สำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

รายการที่สามารถเบิกจ่ายได้

- ค่าใช้บริการนวดสปา (Spa) เพื่อการผ่อนคลาย เช่น สปามือเท้า / การนวดน้ำมัน / นวดคอบ่าไหล่ / นวดประคบสมุนไพร / นวดแผนไทย / ชัดตัวขัดผิว

รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

1. ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
2. สำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ



รายการที่สามารถเบิกจ่ายได้

1. ในกรณีที่ ไม่มีใบสั่งแพทย์ จะต้องเป็นการไปใช้บริการเฉพาะ ร้านยาสร้างเสริมสุขภาพ หรือในเครือส่วนงานของมหาวิทยาลัยเท่านั้น กรณีดังกล่าว ยกเว้น พนักงานมหาวิทยาลัยที่ประจำอยู่ กรุงเทพมหานคร ฯ และ สมุทรสาคร
2. **จะต้องมีใบสั่งแพทย์** : ค่ายา / ค่าอุปกรณ์จะต้องมีใบสั่งแพทย์ (กรณีซื้อยาอื่นๆ) (ใบสั่งยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์) และใบรับรองแพทย์ โดยมีชื่อของแพทย์ และเลขใบประกอบโรคศิลป์ที่ชัดเจน

รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

1. ใบสั่งแพทย์ (ใบสั่งยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์) พร้อมใบรับรองแพทย์
2. ใบเสร็จรับเงินค่ายาหรืออุปกรณ์

ร้านยา

- คณะเภสัชศาสตร์ มช.
- ศูนย์สุขภาพฯ ฝั่ล้อม
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพฯ



ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์/ค่ายาสามัญประจำบ้าน / ยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำบ้าน/ อาหารเสริม / เวชภัณฑ์

ค่าใช้จ่ายในการทำประกันสุขภาพกลุ่ม

รายการที่สามารถเบิกจ่ายได้

- ค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบุคลากรเฉพาะแผนประกันของบริษัทที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้สัญญา
- เงินสมทบค่าเบี้ยประกันสุขภาพ หรือประกันโรคร้าย หรือประกันเสริมที่เป็นประกันสุขภาพที่พนักงานมหาวิทยาลัยทำกับบริษัทประกันไว้แล้ว (ทำประกันให้ตนเอง) (ไม่จำกัดเฉพาะคู่สัญญาของมหาวิทยาลัย แต่จะต้องเป็นเฉพาะประกันสุขภาพเท่านั้น)

รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

1. ใบเสร็จรับเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพ หรือประกันเสริมที่เป็นประกันสุขภาพ หรือ
2. หนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย ในกรณีที่ไม่มีใบเสร็จรับเงิน ที่รวมค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ หรือเบี้ยประกันชีวิต ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ หรือประกันเสริมที่เป็นการประกันสุขภาพรวมในใบเดียวกัน ให้เบิกได้เฉพาะค่าเบี้ยประกันสุขภาพเท่านั้น



FLEXIBLE BENEFITS

อื่นๆ

เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย

ค่าอุปกรณ์ป้องกันและบรรเทาอาการ Office syndrome

ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ในการป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากมลพิษ

รายการที่สามารถเบิกจ่ายได้

- ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ในการป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากมลพิษ ในสถานการณ์หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก
- ### รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย
1. ใบเสร็จรับเงินค่าอุปกรณ์



รายการที่สามารถเบิกจ่ายได้

- ค่าสมัครเรียนหรือค่าใช้จ่ายสำหรับการทำกิจกรรมของพนักงาน ในรายการดังนี้
 - โยคะ (Yoga)
 - การเต้นออกกำลังกาย (Dance Workout) หรือกิจกรรมอื่นๆ

รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

1. ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
2. ภาพถ่าย หรือ ภาพประกอบขณะทำกิจกรรม

การสมัครเรียนกิจกรรมเสริม



- อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ ดังนี้
 - (1) เข็มขัด เสื่อพยางหลังเพื่อสุขภาพ
 - (2) เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอหรือศีรษะ เพื่อสุขภาพ ไม่รวมเครื่องนอนต่างๆ
 - (3) เก้าอี้นวด อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ บ่า ไหล่ หลัง และขา
 - (4) อุปกรณ์สำหรับพยางร่างกาย เพื่อการรักษาอาการบาดเจ็บ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันระหว่างการออกกำลังกาย เช่น สนับเข่า สนับศอก พยางข้อเท้า

- อุปกรณ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจากลักษณะการทำงาน (Office Syndrome) ดังนี้

- (1) เก้าอี้เพื่อสุขภาพ
- (2) เมาส์เพื่อสุขภาพ
- (3) คีย์บอร์ดเพื่อสุขภาพ

รายละเอียด/เงื่อนไขการเบิกจ่าย

- 1) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
- 2) แบบใบรับรองการจ่ายเงิน หรือ ระบุลงบนใบเสร็จโดยผู้ขอเบิกระบุข้อความ ดังนี้ “ขอรับรองว่าเป็นการใช้จ่ายเพื่อซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ หรืออุปกรณ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจากลักษณะการทำงาน (Office Syndrome) จริง” พร้อมลงนามรับรอง



FLEXIBLE BENEFITS		ใบเสร็จรับเงิน	ใบรับรองแพทย์	ใบแจ้งรายละเอียดค่าใช้จ่าย	ภาพถ่ายขณะทำกิจกรรม	สำเนา/ภาพถ่ายใบอนุญาตประกอบสถานพยาบาล	สำเนา/ภาพถ่ายใบอนุญาตให้ประกอบการเพื่อสุขภาพ	ใบส่งแพทย์
1.ด้านสุขภาพ								
1.1 การรักษาพยาบาลหรือการบริการทางการแพทย์		*	*	*				
1.2 การตรวจสุขภาพหรือการตรวจร่างกาย		*	(ถ้ามี)	*				
1.3 การทันตกรรม		*	*	*				
1.4 การรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช		*	*	*				
1.5 การฉีดวัคซีน		*						
1.6 กายภาพบำบัด หรือการรักษาด้วยสหสาขาวิชาทางการแพทย์		*	*หนังสือรับรองการรักษา					
1.7 การรักษาหรือการแก้ไขความผิดปกติ ของสายตา		*	*					
2.ด้านสร้างเสริมสุขภาพ								
2.1 การใช้บริการในสถานที่ออกกำลังกาย (Fitness)/ ศูนย์กีฬา/ศูนย์สุขภาพ		*						
2.2 การสมัครแข่งขันกีฬา		*			*			
2.3 อุปกรณ์กีฬา		*			*			
3.ด้านการสร้างเสริมบุคลิกภาพ								
3.1 การรักษาผมร่วง/การปลูกผม		*	*			*		
3.2 การทำหัตถการ/การดูแลรักษารูปร่าง		*	*			*		
4.ด้านอื่น ๆ								
4.1 การใช้บริการสปา (Spa) หรือ การนวด แผนไทย		*					*	
4.2 การสมัครเรียนกิจกรรมเสริม		*			*			
4.3 ค่ายา/ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์		*						*กรณีซื้อนอกเหนือจากร้านยาสร้างเสริม บข.
4.4 ค่าใช้จ่ายในการทำประกันสุขภาพกลุ่มที่มหาวิทยาลัยจัดให้หรือสมทบค่าเบี้ย ประกันสุขภาพ หรือการทำประกันเสริมที่เป็นการทำประกันสุขภาพ		*						
4.5 ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ในการป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากมลพิษในสถานการณ์หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5)		*						
4.6 ค่าอุปกรณ์ป้องกันและบรรเทา อาการ Officesyndrome		* + *เอกสารรับรองตามประกาศแนบท้าย						

ใบเสร็จรับเงิน

ต้องมีรายการดังต่อไปนี้

- 1) ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน
- 2) วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
- 3) ชื่อของพนักงานมหาวิทยาลัย
- 4) รายการแสดงการรับเงิน ระบุรายละเอียดแต่ละรายการ
- 5) จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร
- 6) ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

หากใบเสร็จรับเงินขาดรายการดังกล่าว ให้แนบ “ใบรับรองการจ่ายเงิน”

TIMELINE การส่งเบิก



-ส่วนงาน-
ตรวจสอบ
รายละเอียด
ความถูกต้อง
ครบถ้วนของ
เอกสาร

-กองทรัพยากรบุคคล-
ตรวจสอบ
ความถูกต้อง
ของรายการเบิก

ประธานกองทุนสวัสดิการฯ
รองอธิการบดี

อนุมัติ

-กองคลัง-
ดึงข้อมูล
ทำเรื่องเบิกจ่าย..

..โอนแล้ว..
ได้รับ E-MAIL แจ้ง

โดยเงินจะเข้าตาม
บัญชีเงินเดือน
วัน-เวลา ระบุตาม
E-MAIL ที่ได้รับ

1

2

3

4

5

6

1-7 วันทำการ

1-14 วันทำการ

ไม่เกิน 10 วันทำการ
นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ