

คู่มือการปฏิบัติงานของครู และบุคลากรทางการศึกษา

กลุ่มบริหารงานงบประมาณ



โรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์

เลขที่ 391 หมู่ที่ 1 ตำบลท่าอุเทน อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84310

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ / ๒๕๖๘

วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง คู่มือปฏิบัติงานกลุ่มบริหารงานงบประมาณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์

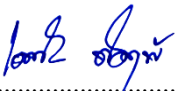
สิ่งที่ส่งมาด้วย คู่มือปฏิบัติงานกลุ่มบริหารงานงบประมาณ

จำนวน ๑ เล่ม

ตามที่โรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์ ได้มอบหมายให้กลุ่มบริหารงานงบประมาณ จัดทำคู่มือปฏิบัติงานกลุ่มบริหารงานงบประมาณ เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของสถานศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้าพเจ้า นายเอกวิทย์ ทรัพย์เทพ ตำแหน่ง ครู คศ.๒ จึงขอส่งคู่มือปฏิบัติงานกลุ่มบริหารงานงบประมาณ โรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์ ดังเอกสารตามแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....  ผู้รายงาน
(นายเอกวิทย์ ทรัพย์เทพ)
ตำแหน่ง ครู คศ.๒

ลงชื่อ..... 
(นางสาวนลัทพร มีแก้ว)
หัวหน้ากลุ่มบริหารงานงบประมาณ

ลงชื่อ..... 
(นางสาวอานุฉิน ปะติตัง)
รองผู้อำนวยการโรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์

ความเห็นผู้อำนวยการโรงเรียน

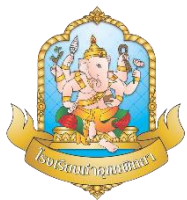
ทราบ/ขอขอบคุณ
ดีใจไปเลยเพราะได้สารสนเทศเช่นนี้

ลงชื่อ..... 

(นางมนัสชนก ทองชล)

ผู้อำนวยการโรงเรียนท่าอุเทนพิทยาสรรพ์

วันที่ ๑๖ / พฤษภาคม / ๒๕๖๘



คู่มือการปฏิบัติงานของครูและบุคลากรทางการศึกษา

1. ชื่องาน (กระบวนงาน)

ประกันอุบัติเหตุนักเรียนรายบุคคล (การเบิกสินไหมทดแทน)

2. วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ประกันอุบัติเหตุนักเรียนรายบุคคลโรงเรียนท่าอุเทนพิทยฯ โดยบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด

- วงเงินสำหรับการรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุต่อครั้ง 6,000 บาท
- สถานพยาบาลในสังกัด 1.โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ 2. โรงพยาบาลทักษิณ
- กรณีที่นักเรียนเข้ารับการรักษ ณ สถานพยาบาลอื่นให้สำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อนและปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไป นี้ เพื่อขอรับสินไหมทดแทน

1. นักเรียน / ผู้ปกครอง จัดเตรียมเอกสารประกอบด้วย

1. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ฉบับจริง)
2. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนา (1 ฉบับ)
4. เขียนแบบฟอร์มแบบเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุ

**** โดยดำเนินการ ณ กลุ่มบริหารงานงบประมาณ โรงเรียนท่าอุเทนพิทยฯ ****

2. กลุ่มบริหารงานงบประมาณ

1. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร
2. รวบรวมเอกสารข้างต้นส่งบริษัทประกันภัย

3. บริษัทประกันภัย (บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด)

1. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร
2. โอนเงินสินไหมทดแทนผ่านผู้ดูแลรับผิดชอบ

4. กลุ่มบริหารงานงบประมาณ

1. จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนให้กับนักเรียน / ผู้ปกครอง
2. จัดทำสถิติการเบิก - จ่าย เงินค่าสินไหมทดแทน

แบบเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุ



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

ความมั่นคง ด้วย พลัง

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 84/1 อาคารวิริยะพินิจ โฮลดิ้งส์ ถนนเจริญสุขุมวิท แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700 โทร 0-2129-8888, 0-2841-3500-79 โทรสาร 0-2841-3217 www.viriyah.co.th

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ

ประเภทกรมธรรม์ ☐ ประกันภัยอุบัติเหตุ ☐ ประกันภัยสุขภาพ
ประเภทสินไหม ☐ เสียชีวิต ☐ ทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าชดเชย

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน
เลขที่กรมธรรม์ โทรศัพท์
ที่อยู่ติดต่อสะดวก

รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

กรณีอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา สถานที่
รายละเอียดการเกิดเหตุ
อาการบาดเจ็บ / อวัยวะที่บาดเจ็บ
มีการแจ้งความหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี สถานีตำรวจ

กรณีเจ็บป่วย

อาการเจ็บป่วย
ท่านเคยได้รับการรักษาจากโรคหรือได้รับการวินิจฉัยด้วยสาเหตุอาการเดียวกันหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุสถานพยาบาล เมื่อวันที่
ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน / สวัสดิการอื่นหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ

การรักษาพยาบาล

สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา
รับการรักษาแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก วันที่รักษา
☐ ผู้ป่วยใน จากวันที่ ถึงวันที่

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

☐ เช็ค จ่ายในนาม
☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งตามที่อยู่
☐ โอนเงิน ชื่อบัญชี ธนาคาร
สาขา เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้สมบูรณ์ตามกฎหมาย

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ทายาท

(.....)

วันที่

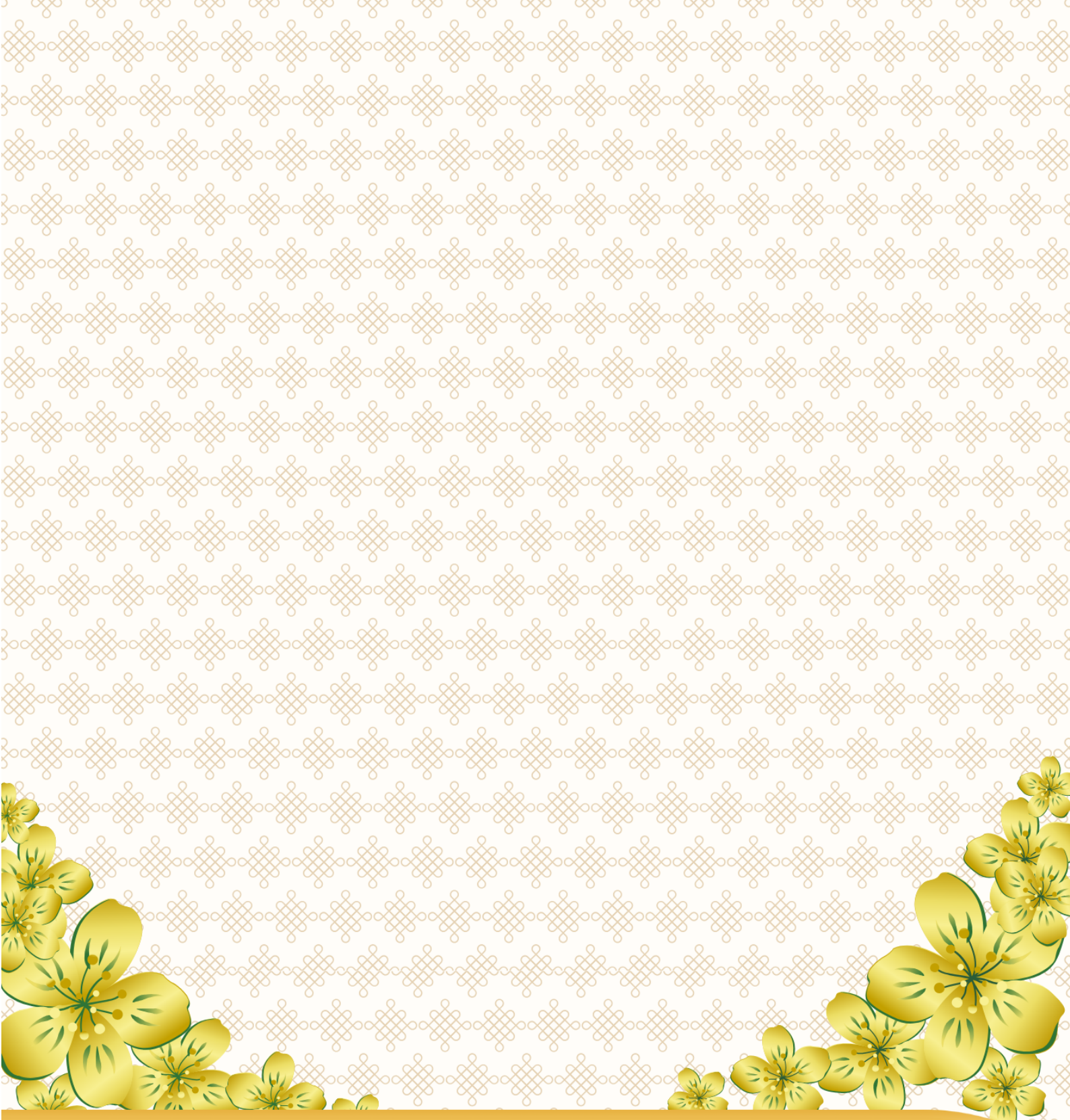
คำเตือน : การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยทุกชนิด หรือการปลอมแปลงเอกสาร การแสดงหลักฐานอันเป็นเท็จในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยการกระทำดังกล่าว นอกจากอาจเข้าข่ายกระทำความผิดฐานปลอมเอกสารแล้ว ยังอาจเกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดฐานฉ้อฉลประกันภัย มาตรา 108/4 แห่งพระราชบัญญัติประกันภัยประกันชีวิต พ.ศ.2535 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ.2552 ซึ่งบัญญัติว่า ผู้ใดเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานอันเป็นเท็จในการเรียกร้อง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการปฏิบัติ	ระยะเวลาในการปฏิบัติ
1	นักเรียน / ผู้ปกครอง จัดเตรียมเอกสารตามรายการที่กำหนด และเขียนแบบคำร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุ ** ณ กลุ่มบริหารงานงบประมาณ โรงเรียนท่าอุเทนวิทยา **	20 นาที
2	กลุ่มบริหารงานงบประมาณดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและรวบรวมเอกสารข้างต้นนำส่งบริษัทประกันภัย	1 วัน
3	บริษัทประกันภัย (บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด) - ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร - โอนเงินสินไหมทดแทนผ่านผู้ดูแลรับผิดชอบ	3 - 5 วัน
4	กลุ่มบริหารงานงบประมาณดำเนินการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนให้กับนักเรียน / ผู้ปกครองและจัดทำสถิติการเบิก - จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน	1 วัน

4. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 1.พระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ.2535
2. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546



โรงเรียนท่าอุแทพิทยา

เลขที่ 391 หมู่ที่ 1 ตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84310

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ