

ขั้นตอนการยื่นเบิกจ่ายเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (Flexible Benefit)

1. Login เข้าสู่ระบบ Flex Ben (สวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ Flexible Benefit) เมื่อเข้าสู่ระบบฯ แล้วคลิกที่ปุ่ม “รับทราบดำเนินการต่อ” ลิงค์เข้าสู่ระบบ <https://muhr.mahidol.ac.th/hrconnect/login/login.php>

1.1. ศึกษาหลักเกณฑ์และข้อตกลงการใช้บริการ

1. กรุณาตรวจสอบข้อมูลของท่านทุกครั้งก่อนดำเนินการขั้นตอนต่อไป
2. เมื่อท่านทำการยืนยันข้อมูลแล้ว มหาวิทยาลัยมหิดลจะถือว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเอกสารหลักฐานทางราชการ
3. เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านเอง หากข้อมูลไม่ถูกต้อง กรุณาแก้ไขหรือติดต่อผู้ประสานงานประจำส่วนงาน

1.2. คลิกที่นี่

รับทราบดำเนินการต่อ

2. หลังจากนั้นจะเข้าสู่หน้าเบิกเงินสวัสดิการ

รายละเอียดการใช้เงิน

รายละเอียดข้อมูลการเบิกจ่าย

รายละเอียดการใช้เงิน (Flexible Benefit)

วงเงินทั้งหมด	=	5,000.00 บาท
จำนวนเงินที่ใช้ไปทั้งสิ้น	=	3,630.50 บาท (ณ วันที่ 21-08-2019)
จำนวนเงินคงเหลือทั้งสิ้น	=	1,369.50 บาท

3,630.50 บาท

ขั้นตอนการยื่นเบิกสวัสดิการ

- 01 เลือกประเภท
- 02 กรอกรายละเอียดการเบิก
- 03 แบบใบเสร็จ
- 04 Print แบบฟอร์มใบเบิกส่งเจ้าหน้าที่
- 05 รอรับเงินผ่านบัญชีเงินเดือน

สามารถยื่นเบิกฯ ได้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2562 ถึง 30 พฤศจิกายน 2562

ยื่นเบิก Flexible Benefit คลิกที่นี่

2.1 รายละเอียดการใช้เงิน

2.2 คลิกที่นี่เพื่อยื่นเบิก

3. เลือกประเภทที่ต้องการเบิก โดยคลิกที่ปุ่ม “เลือก”

The screenshot shows a web interface for selecting benefits. On the left is a navigation menu with items like 'หลักเกณฑ์/ข้อควรระวัง', 'ประวัติการเบิกจ่าย', 'คำรักษาพยาบาลบางแห่งหรือ', 'ข้อมูลเพื่อคัดลอกกลับ', 'ติดต่อสอบถาม', and 'ออกจากระบบ'. The main area has a progress bar with five steps: 1. เลือกประเภทการเบิก, 2. บันทึกรายการเบิก, 3. อ่านรายละเอียดประเภทที่ต้องการเบิก, 4. กรอกรายละเอียดการเบิก, and 5. ตรวจสอบ/ยืนยันการเบิก. Below the progress bar, there are two benefit categories: 'ตรวจสุขภาพ' (Health Check) and 'Sport Club'. Each category has a description and a blue 'เลือก' (Select) button. Callout boxes highlight these buttons and the 'อ่านรายละเอียดประเภทที่ต้องการเบิก' step.

4. กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

The screenshot shows a form for entering benefit details. At the top, a callout box points to a tip: 'คำแนะนำ: สามารถเบิกเงินน้อยกว่าที่จ่ายไปใบเสร็จได้ แต่ห้ามเบิกเกินจำนวนที่จ่าย'. The form has several sections: 'หมวด:สุขภาพ', 'ประเภท: การตรวจสุขภาพ', '1. วันที่ใบเสร็จ' (with a date picker), 'เลขที่ใบเสร็จ' (with a text input), and 'เลขที่ใบเสร็จ' (with a text input). Below these are 'ชื่อสถานที่รับบริการ' and 'รายละเอียดรายการเบิก' (both with text inputs), and 'กรอกจำนวนเงิน (บาท)' (with a numeric input). At the bottom, there are buttons for 'เพิ่มรายการ', 'ลบรายการ', and 'กรอกจำนวนเงินที่' (with a numeric input). Callout boxes highlight the date, receipt number, service location, and amount input fields, as well as the 'กรอกจำนวนเงินที่' button.

💡 คำแนะนำ: สามารถเบิกเงินน้อยกว่าที่จ่ายใบเสร็จได้ แต่ห้ามเบิกเงินเกินจำนวนที่จ่าย

หมวด:สุขภาพ

> ประเภท: การตรวจสุขภาพ

1. วันที่ใบเสร็จ	เลขที่ใบเสร็จ	เลขที่ใบเสร็จ	
<input type="text" value="10/09/2019"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="R-525-63"/>	
ชื่อสถานที่รับบริการ		รายละเอียดรายการเบิก	กรอกจำนวนเงิน (บาท)
<input type="text" value="ศูนย์การแพทย์กาญจนาฯ"/>		<input type="text" value="ค่าตรวจ"/>	<input type="text" value="650"/>
<input type="button" value="เพิ่มรายการ"/> <input type="button" value="ลบรายการ"/>			รวม (บาท)
			<input type="text" value="650.00"/>

4.7. จำนวนเงินรวมที่
ต้องการเบิก

💡 คำแนะนำ: เมื่อกรอกรายละเอียดการเบิกเรียบร้อยแล้วคลิกปุ่มด้านล่างเพื่อทำขั้นตอนต่อไป

กลับ	ขั้นตอนต่อไป
------	--------------

4.8. คลิกที่นี่ เมื่อกรอกรายละเอียดครบถ้วน
แล้ว

หมายเหตุ: หากต้องการเพิ่ม/ลบ รายการเบิกให้คลิกที่ปุ่ม “เพิ่มรายการ” , “ลบรายการ”

> ประเภท: การตรวจสุขภาพ

1. วันที่ใบเสร็จ	เลขที่ใบเสร็จ	เลขที่ใบเสร็จ	
<input type="text" value="10/09/2019"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="R-525-63"/>	
ชื่อสถานที่รับบริการ		รายละเอียดรายการเบิก	กรอกจำนวนเงิน (บาท)
<input type="text" value="ศูนย์การแพทย์กาญจนาฯ"/>		<input type="text" value="ค่าตรวจ"/>	<input type="text" value="650"/>
<input type="button" value="เพิ่มรายการ"/> <input type="button" value="ลบรายการ"/>			รวม (บาท)
			<input type="text" value="900.00"/>

คลิกที่นี่เพื่อเพิ่มรายการ
ที่ต้องการเบิก

💡 คำแนะนำ: เมื่อกรอกรายละเอียดการเบิกเรียบร้อยแล้วคลิกปุ่มด้านล่าง

กลับ	ขั้นตอนต่อไป
------	--------------

คลิกที่นี่เพื่อลบรายการ
เบิก

5. ตรวจสอบรายละเอียดการเบิกให้ถูกต้อง หากไม่ถูกต้องสามารถแก้ไขได้ เมื่อตรวจสอบถูกต้องแล้วให้คลิกที่ปุ่ม “ขั้นตอนต่อไป”

5.1. สามารถแก้ไขรายละเอียดการเบิกได้

5.2. คลิกที่นี่ หากมีการแก้ไขข้อมูลตามข้อ 5.1.

5.3. คลิกที่นี่ เพื่อทำรายการต่อไป

หมายเหตุ: หากต้องการเพิ่มเติมการเบิกประเภทอื่นในการเบิกครั้งนี้ให้คลิกที่ปุ่ม “เพิ่มประเภทการเบิก” และกลับไปทำตามขั้นตอน 3.1 อีกรอบ

คลิกที่นี่ เพื่อเพิ่มเติมการเบิกประเภทอื่นๆ

6. แนบใบเสร็จ เมื่อแนบเรียบร้อยแล้วให้คลิกที่ปุ่ม “บันทึกเอกสาร”

1 : เลือกประเภทการเบิก

คำแนะนำ: หากต้องการแนบเอกสารเพิ่ม

แบบหลักฐานการจ่ายเงิน 1

เลือกไฟล์ ไม่เสร็จค่าตรวจ.pdf

แบบหลักฐานการจ่ายเงิน 2

เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

แบบหลักฐานการจ่ายเงิน 3

เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

บันทึกเอกสาร

6.1. คลิกที่นี่ เพื่อเลือกเอกสารที่ต้องการแนบ

6.2. คลิกที่นี่ เพื่อบันทึกเอกสาร

7. ตรวจสอบรายการและยืนยันการส่งเบิก

1 : เลือกประเภทการเบิก

2 : แนบบัญชีรายการเบิก

3 : ตรวจสอบ/แก้ไขรายการเบิก

4 : แนบเอกสาร

5 : ตรวจสอบ/ยืนยันการเบิก

ตรวจสอบรายละเอียดการเบิก

ลำดับ	ประเภท	ใบเสร็จ	สถานที่รับบริการ	รายการเบิก	จำนวน(บาท)
1	ตรวจสุขภาพ	วันที่: 10/09/2019 เล่มที่: 5 เลขที่: R-525-63	ศูนย์การแพทย์		600.00
รวมทั้งหมด					600.00

7.1. ตรวจสอบรายการเบิกอีกครั้งให้ถูกต้อง

บันทึกใบรายการเบิก

ตรวจสอบเอกสารแนบ

ลำดับ	ชื่อไฟล์	ดูเอกสาร
1	ใบเสร็จค่าตรวจ.pdf	ดูเอกสาร

7.2. คลิกที่นี่ เพื่อตรวจสอบเอกสารแนบอีกครั้งให้ถูกต้อง

เพิ่ม / แก้ไขเอกสาร

กรุณาทำการยืนยันก่อนส่งใบเบิก

ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้ชำระเงินไปจริง ทั้งนี้หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับคืนไปจากสิทธิ์ที่พึงได้รับ โดยยินยอมให้มหาวิทยาลัยหักเงินเดือนหรือเงินที่ได้รับจากมหาวิทยาลัยและระงับการจ่ายสวัสดิการแบบยืดหยุ่นของข้าพเจ้าจนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโครงการสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

7.3. ทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อรับรองการทำรายการ

ยืนยันการขอเบิกเงิน

7.4. คลิกที่นี่ เพื่อส่งรายการเบิก

หมายเหตุ: หากต้องการแก้ไขรายการเบิกก่อนการส่งรายการให้คลิกที่ปุ่ม “แก้ไขรายการเบิก” และย้อนกลับไปทำตามขั้นตอนที่ 5.1 อีกครั้ง

1 : เลือกประเภทการเบิก 2 : บันทึกรายการเบิก 3 : ตรวจสอบ/แก้ไขรายการเบิก 4 : แนบเอกสาร 5 : ตรวจสอบ/ยืนยันการเบิก

ตรวจสอบรายละเอียดการเบิก

ลำดับ	ประเภท	ใบเสร็จ	สถานที่รับบริการ	รายการเบิก	จำนวน(บาท)
1	ตรวจสุขภาพ	วันที่: 10/09/2019 เล่มที่: 5 เลขที่: R-525-63	ศูนย์การแพทย์กาญจนาฯ	ค่าตรวจ	600.00
รวมทั้งหมด					600.00

คลิกที่นี่เพื่อทำการแก้ไขรายการเบิก

แก้ไขรายการเบิก

หมายเหตุ: หากต้องการแก้ไขเอกสารแนบก่อนการส่งรายการให้คลิกที่ปุ่ม “เพิ่ม/แก้ไขเอกสารแนบ” และย้อนกลับไปทำตามขั้นตอนที่ 6.1 อีกครั้ง

ตรวจสอบเอกสารแนบ

ลำดับ	ชื่อไฟล์	เอกสาร	ลบเอกสาร
1	ใบเสร็จค่าตรวจ.pdf	เอกสาร	ลบ

 เพิ่ม / แก้ไขเอกสาร

คลิกที่นี่เพื่อทำการเพิ่มเติม/
แก้ไขเอกสารแนบ

กรุณาทำการยืนยันก่อนส่งใบเบิก


ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง ทั้งนี้หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเก็บไปจากสิทธิ์ที่พึงได้รับ โดยยินยอมให้มหาวิทยาลัยหักเงินเดือนหรือเงินที่ได้รับจากมหาวิทยาลัยและระงับการจ่ายสวัสดิการแบบยืดหยุ่นของข้าพเจ้าจนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโครงการสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

 ยืนยันการขอเบิกเงิน

8. พิมพ์ใบเบิกเงินสวัสดิการโดยคลิกที่ “กรุณาพิมพ์ใบเบิกเงินสวัสดิการฯ”


1 : เลือกประเภทการเบิก 2 : บันทึกรายการเบิก 3 : ตรวจสอบ/แก้ไขรายการเบิก 4 : แนบเอกสาร 5 : ตรวจสอบ/ยืนยันการเบิก

- รายการเบิกของท่านถูกส่งให้เจ้าหน้าที่ประจำส่วนงานผ่านระบบเรียบร้อยแล้ว
- โปรดส่งเอกสารซึ่งประกอบด้วยใบเบิกเงินสวัสดิการ Flexible Benefit + หลักฐานการเบิก (ใบเสร็จรับเงิน) ไปยังฝ่ายทรัพยากรบุคคล/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของส่วนงาน

กรุณาพิมพ์ใบเบิกเงินสวัสดิการฯ 

8.1. คลิกที่นี่เพื่อทำการ
เพิ่มเติม/แก้ไขเอกสารแนบ

9. เช็ชื้อนใใบเบึกใให้เรีบร้อยแลลส่งใใบเบึกพร้อมหลักรฐานการเบึก(ใใบเสรีจ) ที่เจ้าหน้าทีประจำส่วนงาน



ใใบเบึกเงินสวัสดิการรักษายาบาลแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพพนักงานมหาวิทยาลัย
เลขที่ใใบเบึก : FB20191010000087

9.2. ข้อมูลส่วนตัว
ผู้ทำรายการเบึก

9.1. เลขที่ใใบเบึก

I. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบึก)

1.1 ข้าพเจ้า น.ส. xxx xxxxxxxx ตำแหน่ง นักบริหารบุคคล สังกัด สำนักงานอธิการบดี
หน่วยงาน กองบริหารบุคคล งานบริหารสวัสดิการและสิทธิประโยชน์

9.3. รายละเอียดการเบึก

9.4. รายละเอียดวงเงิน

ลำดับ	ประเภท	วันที่ยื่นใใบเสรีจ	สถานที่รับบริการ	รายการ	จำนวนเงินที่เบึก(บาท)
1	ตรวจสุขภาพ	10/09/2019 เลขที่: 5 เลขที่: R-525-63	ศูนย์การแพทยกาญจนา	ค่าตรวจ	600.00
รวมจำนวนเงินทั้งหมด					600.00

1.3 รายละเอียดวงเงิน

วงเงินเบึก	จำนวนเงินที่ใใไป (รวมเบึกครั้งนึ)	ยอดเงินคงเหลือที่จะเบึกได้
5,000.00	1,050.00	3,950.00

1.4 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใใชำระเงินใใเสรีจ ทั้งนึหากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งใใถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ใใรับเงินใใไปรากสิทธิที่ใใได้รับ โดยยื่นยอมใใหักเงินเดือนหรือเงินใใรฐานมหาวิทยาลัยและระจิบการรายสวัสดิการแบบยืดหยุ่นของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมใใมอบหมายใใข้อมูลการใใจ่ายเพื่อประโยชน์ใใการพัฒนาโครงการสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ ใใมีประสิทธิภาพขึ้นต่อไป

ใใปรดแนบใใบเสรีจประกอบแบบฟอร์มใใบเบึก
ใใปรดส่งแบบฟอร์มใใบเบึกนึใใข้าพเจ้าหรือข้าพเจ้าของส่วนงานต้นสังกัด

9.5. เช็ชื้อนึนึ และส่งใใ
เจ้าหน้าทีที่เกี่ยวข้องต่อไป

(ลงชื้อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วัน/เดือน/ปี
วันที่พิมพ์ : 12/09/2019

2. ส่วนของคณะ/สถาบัน

2.1 ข้าพรับรอง

เรื่ยน.....

ข้าพเจ้าใใตรวจสอใใบเบึกเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นพร้อมเอกสารหลักฐานที่แนบนึแล้ว ขอรับรองว่า
พนักงานรายนึนึสิทธิเบึกสวัสดิการแบบยืดหยุ่นตามขอขังขัง/ประกาศที่ใใกำหนด

(ลงชื้อ).....
(.....)
หัวหน้างานการเจ้าหน้าที หรือ ผู้ที่ใใรับมอบหมาย
วัน/เดือน/ปี

2.2 คำอนุมัติ

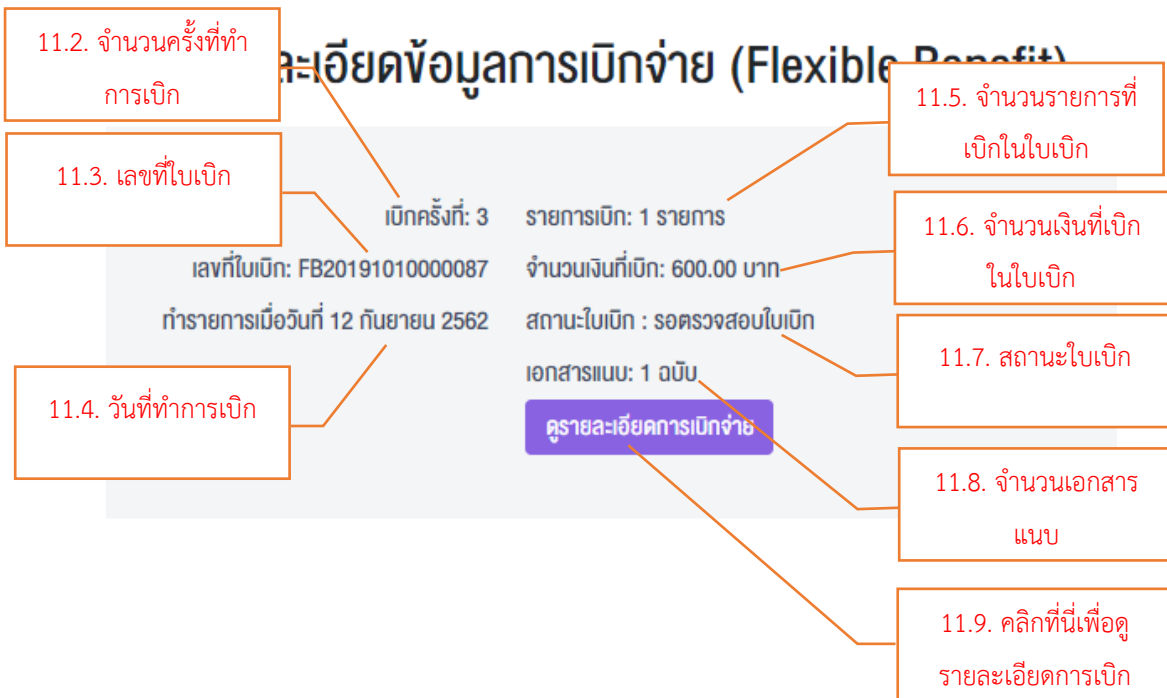
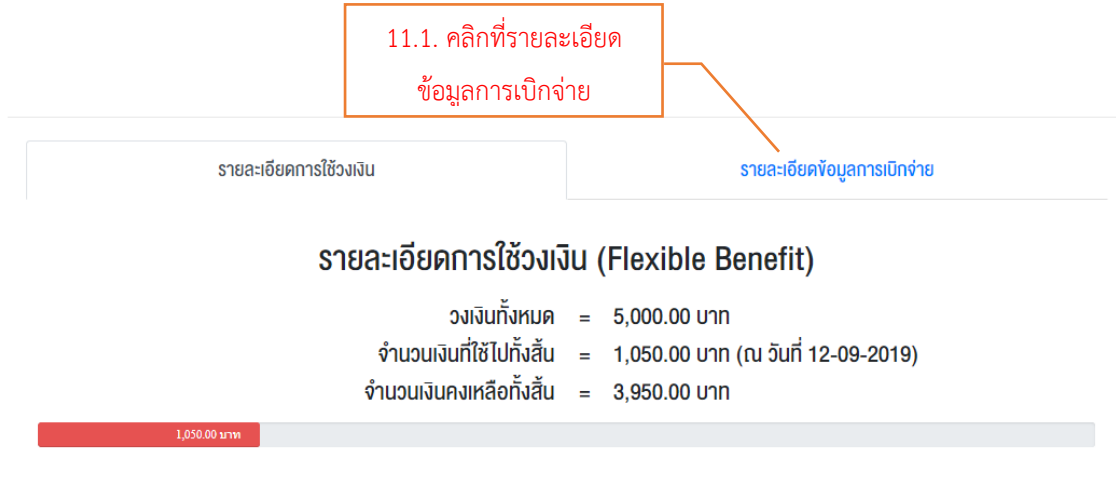
อนุมัติใใเบึกได้

(ลงชื้อ).....
(.....)
คณบดี / ผู้อำนวยการ
วัน/เดือน/ปี

มหาวิทยาลัย/ส่วนงานจะนำเงินที่เบึกโอนเข้าบัญชีเงินเดือนของท่านต่อไป

10. เมื่อเอกสารให้เจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วถือว่าท่านได้ทำการส่งเบิกเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ใบเบิกของท่านถูกต้องครบถ้วนและผ่านการอนุมัติแล้ว ระบบฯ จะแจ้งให้ท่านทราบผ่านทาง E-mail และท่านจะได้รับเงินสวัสดิการผ่านทางบัญชีเงินเดือน

11. วิธีการตรวจสอบรายละเอียดการเบิก



12. รายละเอียดการเบิกประกอบด้วย

ส่งเบิกเมื่อวันที่: 12 กันยายน 2562

ชื่อ-นามสกุลผู้เบิก: น.ส. xxx xxxxxx รหัสใบคำขอ: FB2019101000087

12.1. วันที่ทำรายการ
เบิก

12.2. ชื่อผู้ทำการเบิก

12.3. เลขที่ใบเบิก

ลำดับ	ประเภทการเบิก	ใบเสร็จ	สถานที่รับบริการ	รายการเบิก	จำนวนเงินที่เบิก
1	ตรวจสุขภาพ	วันที่: 10/09/2019 เล่มที่: 5 เลขที่: R-525-63	ศูนย์การแพทย์กาญจนาฯ	ค่าตรวจ	600.00
รวมทั้งหมด					600.00

12.4. รายละเอียดการเบิก

[ตรวจสอบเอกสารแนบ](#)

ลำดับ	ชื่อไฟล์	ดูเอกสาร	ลบเอกสาร
1	ใบเสร็จค่าตรวจ.pdf	ดูเอกสาร	

12.5. รายละเอียดเอกสารแนบ

< กลับ

12.6. คลิกที่นี่เพื่อกลับสู่หน้าหลัก