



1. หัวหน้าหน่วยบริการจัดทำเป็นคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

โดย...

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
5. สาธารณสุขอำเภอ

2. เอกสารประกอบการเบิกจ่าย

1. คำสั่งที่มีระบุระยะเวลาที่แน่นอน
2. ตารางเวรการปฏิบัติงาน ที่ได้รับการอนุมัติ
3. ตารางบันทึกการปฏิบัติงานประจำวัน/รับรองว่าเป็นการปฏิบัติงานจริง โดยหัวหน้าผู้ควบคุม (แบบฟอร์ม 1)
4. หลักฐานการเบิกค่าตอบแทน (แบบฟอร์ม 2)
5. บันทึกขออนุมัติเบิก/หนังสือขออนุมัติเบิก

อัตราค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในลักษณะเป็นเวรหรือเป็นผลัด (หลักเกณฑ์การเบิก ฌ.5 ข้อ 1.4)

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร (คน)	
		อัตรา/ผลัด/เวร	
1	ทันตแพทย์	คนละ 1,100	
2	เภสัชกร	คนละ 720	
3	นักวิทยาศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการทางด้านสาธารณสุข	คนละ 600	
4	พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทคนิค	คนละ 480	
5	เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทคนิค	คนละ 360	
6	เจ้าหน้าที่อื่น ๆ		
	สายงานที่เริ่มต้นในระดับบุดูฒิ ปวช.หรือเทียบเท่า	คนละ 360	
	สายงานที่เริ่มต้นในระดับบุดูฒิ ปวส.หรือเทียบเท่า	คนละ 480	
	สายงานที่เริ่มต้นในระดับบุดูฒิปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	คนละ 600	
7	ลูกจ้างตำแหน่งอื่น ๆ	คนละ 300	

เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติงานในลักษณะที่เป็นเวรหรือเป็นผลัดจะต้องปฏิบัติงานติดต่อกันไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง

เว้นแต่ในกรณีที่หัวหน้าหน่วยบริการได้กำหนดให้ปฏิบัติงานติดต่อกันน้อยกว่า 8 ชั่วโมงก็ได้ โดยให้ได้รับค่าตอบแทนลดลงตามส่วน

เศษของชั่วโมงถ้าไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้ตัดทิ้ง ถ้าถึงครึ่งชั่วโมงให้พิเศษเป็น 1 ชั่วโมง

ตารางบันทึกเวลาการปฏิบัติราชการ

ชื่อส่วนราชการ/หน่วยบริการ.....

แบบฟอร์มที่ 1

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เริ่มปฏิบัติงาน เวลา	ลายมือชื่อ	สิ้นสุดการปฏิบัติ เวลา	ลายมือชื่อ

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้น ปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานด้านสนับสนุนการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ

ตามหนังสือ สธ. 0201.042.1/ว 100 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2552 ของ..... ประจำปีเดือนมกราคม 2563

ลำดับ ที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	อัตรา ค่าตอบแทน ต่อวัน	จำนวน เงิน (1)	จำนวน ชั่วโมงที่ ปฏิบัติงาน (*)	อัตรา ค่าตอบแทน	จำนวนเงิน (2)	จำนวนเงิน รวม (1+2)	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วันที่รับเงิน	หมายเลข บัญชี ธนาคารของ ผู้รับเงิน

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น(ตัวอักษร).....
 ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง
 ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม(ตามที่ได้รับมอบหมาย)
 (.....)
 (.....)

หมายถึง (*หมายถึง การณที่ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายไม่เต็มผลัด 8 ชั่วโมง
 ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)

