



สำเนาหนังสือรับเรียน
เลขที่รับ 14098
วันที่ 28 ต.ค. 2567
เวลา 14-1166.

ที่ สธ ๕๓๐๗/ ๒๙๔๙

สำนักงานการมาปั่นกิจส่งเคราะห์ขอ
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวนันท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การหักเงินส่งเคราะห์จากเงินบำนาญ บำเหน็จรายเดือน

เรียน อธิบดีกรมทุกกรม/เลขาริการคณะกรรมการอาหารและยา/ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม/หัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรี/ผู้อำนวยการสำนัก/กลุ่ม/ศูนย์/หรือเทียบเท่าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุข/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกจังหวัด/สมาชิก ณกส.
หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกจังหวัด/สมาชิก ณกส.
สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินส่งเคราะห์
การมาปั่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยคณะกรรมการดำเนินการการมาปั่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ มีมติเห็นชอบและอนุมัติให้สำนักงาน ณกส. ดำเนินการแจ้งหน่วยงาน และสมาชิกที่รับบำนาญและบำเหน็จรายเดือน เรื่องการหักเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินส่งเคราะห์การมาปั่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข นั้น

สำนักงานการมาปั่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข (ณกส.) จึงขอประชาสัมพันธ์ให้สมาชิก ณกส. ที่รับบำนาญ หรือบำเหน็จรายเดือนที่ประสงค์จะให้สำนักงาน ณกส. หักชำระเงินส่งเคราะห์ทำหนังสือยินยอมให้หักเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินส่งเคราะห์ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) และยืนต่อหน่วยงาน ดังนี้

๑. กรณีรับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)
ให้ยื่นที่สำนักงาน ณกส.

๒. กรณีรับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน สังกัดกรมต่าง ๆ (ส่วนกลาง) หรือสังกัดหน่วยงานส่วนภูมิภาค ให้ยื่นที่หน่วยงานผู้แทน ณกส. และให้หน่วยงานผู้แทน ณกส. ดำเนินการจัดส่งหนังสือยินยอมดังกล่าวให้หน่วยเบิกจ่ายของผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน พร้อมส่งรายชื่อและเลขทะเบียนสมาชิกแจ้งสำนักงาน ณกส. ก่อนวันที่ ๒๐ ของเดือน เพื่อที่ทางสำนักงาน ณกส. จะเพิ่มชื่อเรียกเก็บเงินส่งเคราะห์ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ สมาชิกที่มีเงินส่งเคราะห์ล่วงหน้า ทางสำนักงาน ณกส. จะตัดจ่ายเงินส่งเคราะห์ประจำเดือนจากเงินส่งเคราะห์ล่วงหน้า หากมียอดเงินคงเหลือไม่เพียงพอที่จะชำระเงินส่งเคราะห์ จึงจะดำเนินการหักเงินบำนาญ หรือบำเหน็จรายเดือน

อนึ่ง สมาชิกสามารถดูรายละเอียดหนังสือยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุขทางเว็บไซต์ chapanakij.go.th หรือ QR CODE ท้ายหนังสือ และตรวจสอบแก้ไขประวัติส่วนบุคคล ใบแจ้งหนี้ พิมพ์ใบเสร็จรับเงิน ชำระเงินผ่าน QR CODE ได้ทางเว็บไซต์ chapanakij.moph.go.th โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน เป็น username และเลขทะเบียนสมาชิกเป็น password

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางอมรรัตน์ พิระพล)

ผู้อำนวยการสำนักงาน ณกส.

ฝ่ายจัดเก็บเงินส่งเคราะห์

โทร. ๐ ๒๕๘๘ ๕๗๐๕ - ๑๐ ต่อ ๑๔๓ - ๑๔๕

โทรสาร ๐ ๒๕๘๙ ๗๕๕๔



หนังสือยินยอมหักเงิน
บำนาญ บำเหน็จรายเดือน



หนังสือขึ้นบอนให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน

สำนักงานการพยาบาลกิจกรรมสุขภาพ

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การมาปั่นกิจกรรมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน (ระบุหัวหน้าหน่วยงาน)

ข้าพเจ้า..... สังกัด

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่/หมู่บ้าน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขอัตรประเทศชนเผ่าที่..... เป็นสมาชิก เสบ SCALE บีบิน

ขึ้นบอนให้สำนักงานการพยาบาลกิจกรรมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จ

รายเดือนของข้าพเจ้าและคู่สมรสบุตรมิคุณครา (ถ้ามี) ซึ่งเป็นสมาชิกประเภทสมทบ หมายเลขอัตรบีบินสมาชิก

หมายเลขอัตรประเทศชนเผ่าที่.....

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การมาปั่นกิจกรรมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขึ้นบอนให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญ หรือบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินสงเคราะห์

การมาปั่นกิจกรรมสุขภาพของสำนักงานการพยาบาลกิจกรรมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จนกว่าข้าพเจ้าจะ

เพิกถอนความขึ้นบอนในภายหลังโดยจะต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นหนังสือก่อน จึงจะเพิกถอนได้

ทั้งนี้ โดยไม่จำเป็นต้องออกกล่าวให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้าก่อน ในกรณีที่ข้าพเจ้าขอยกเว้นข้อบัญญัติ ขึ้นบอนให้หัวหน้าการเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่หักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าไม่สิทธิ์ได้รับ จากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่ เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ให้สำนักงานการพยาบาลกิจกรรมสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุขด่อไป

ลงชื่อ..... ผู้รับเงินเดือน/เงินบำนาญ/เงินบำเหน็จรายเดือน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (ผู้แทนหน่วยงาน อกส.)

(.....) งานทะเบียนสำนักงาน อกส.)

ลงชื่อ..... พยาน (หัวหน้าการเงิน)

(.....)