

ด่วนที่สุด

ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๕/ ๖๘๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน – พุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์
อำเภอเมืองน่าน นน ๕๕๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง การส่งแบบคำขอและหนังสือสัญญารับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

อ้างถึง ๑. หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ด่วนที่สุด ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๕/๗๐๗๔ ลงวันที่ ๓
พฤศจิกายน ๒๕๖๔

๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วย การจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอและหนังสือสัญญา
รับเงินเพิ่มพิเศษ จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง (๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ได้มีหนังสือแจ้งให้ท่านกำชับ
แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่มีความประสงค์จะขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ถือปฏิบัติและดำเนินการ
ตามหลักเกณฑ์ที่อ้างถึง (๒) โดยการจัดส่งคำขอและหนังสือสัญญาฯ มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ระหว่างวันที่ ๑ ถึงวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ
พิจารณาคุณสมบัติและผลการประเมินความเหมาะสมของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอเรียนแจ้งท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. ตามข้อ ๗.๗ ประกอบกับข้อ ๗.๘(๒) และข้อ ๗.๘ ของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
การจ่ายค่าตอบแทนฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ เมื่อคณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ พิจารณา
อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษฯ จะเสนอหนังสือสัญญาให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
เป็นผู้ลงนามรับสัญญา โดยหนังสือสัญญาที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่านลงนามแล้วจะทำให้ผู้ขอรับเงิน
เพิ่มพิเศษมีสิทธิที่จะได้รับเงินตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป

๒. ขอให้ท่านกำชับให้ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรในสังกัดฯ ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์
วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ พร้อมทั้งแนบเอกสารหลักฐานประกอบการ
ยื่นคำขอและหนังสือสัญญารับเงินเพิ่มพิเศษฯ ให้ถูกต้องและครบถ้วน ตามกรณีดังนี้

๒.๑ กรณี ขอต่อสัญญารับเงินเพิ่มพิเศษฯ ให้ดำเนินการจัดส่งคำขอและหนังสือสัญญา
ระหว่างวันที่ ๑ ถึงวันที่ ๑๕ ของเดือนก่อนที่สัญญาฉบับเดิมจะสิ้นสุด ตัวอย่างเช่น สัญญา ฉบับเดิม
มีอายุตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ หากจะขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ต่อเนื่อง
ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จะต้องจัดส่งคำขอและหนังสือสัญญาฯ มาถึงสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดน่านภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕

๒.๒ กรณี ขอรับเงิน...

๒.๒ กรณี ขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯใหม่ ให้ดำเนินการจัดส่งคำขอและหนังสือสัญญาฯ ระหว่างวันที่ ๑ ถึงวันที่ ๑๕ ของเดือนก่อนเดือนที่ผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ประสงค์จะขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ตัวอย่างเช่น ผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ประสงค์ขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จะต้องจัดส่งคำขอและหนังสือสัญญาฯ มาถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕

๒.๓ กรณีกรอกข้อความในแบบคำขอและหรือหนังสือสัญญาฯรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ผิดให้ผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯชี้แจงและกรอกข้อความใหม่ให้ถูกต้อง แล้วลงลายมือชื่อกำกับแทนการใช้น้ำยาลบคำผิด

๓. ขอให้ท่านเป็นผู้รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของคำขอและหนังสือสัญญาฯรับเงินเพิ่มพิเศษฯ ของผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษฯ แล้วจัดส่งคำขอและหนังสือสัญญาฯ ยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายวรินทร์เทพ เชื้อสำราญ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มกฎหมาย

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๑ ๙๖๒๕ ต่อ ๒๓๑,๒๓๒

โทรสาร ๐ ๕๔๗๑ ๙๖๒๖ ต่อ ๒๕๔

สำเนาแจ้ง : รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

บัญชีเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอและหนังสือสัญญารับเงินพิเศษฯ
แนบท้ายหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ด่วนที่สุด ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๕/ ๖๔๖ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๑. แบบคำขอรับเงินพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ
พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- หลักฐานการแจ้งเลิกการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือการปฏิบัติงาน จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
ในโรงพยาบาลเอกชน

๒. หนังสือสัญญาการรับเงินพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
จำนวน ๓ ฉบับ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการทำสัญญา ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้สัญญาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้สัญญาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหนังสือเปลี่ยนชื่อ-สกุลของผู้ให้สัญญาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

หมายเหตุ

กรณีผู้ให้สัญญามีคู่สมรส ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการทำสัญญาเพิ่มเติมดังนี้

- สำเนาใบสำคัญการสมรสพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรสพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ