เบิกเร็ว จ่ายไว
หลักฐานถูกต้อง

“ค่ารักษาพยาบาล”

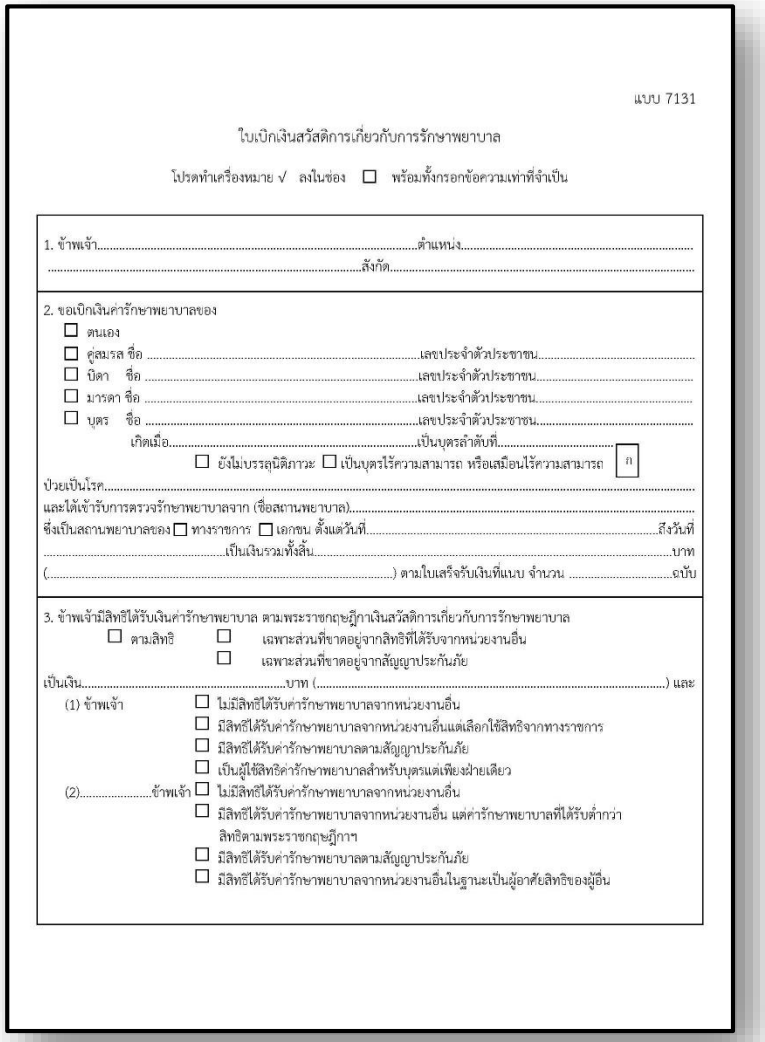
❑ สิทธิในการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

สถานภาพ	แหล่งเงินการเบิกจ่าย		
	งบกลาง (งบแผ่นดิน)	กองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย	กองทุนพนักงานเงินรายได้
ข้าราชการ	✓		
พนักงานมหาวิทยาลัย		✓	
พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพ (ข้าราชการบำนาญ)	✓	✓	
พนักงานเงินรายได้			✓

เอกสารประกอบที่เกี่ยว

- ใบเบิกเงินสวัสดิการ
- ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองแพทย์

❑ ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ แบบ 7331



แบบ 7131

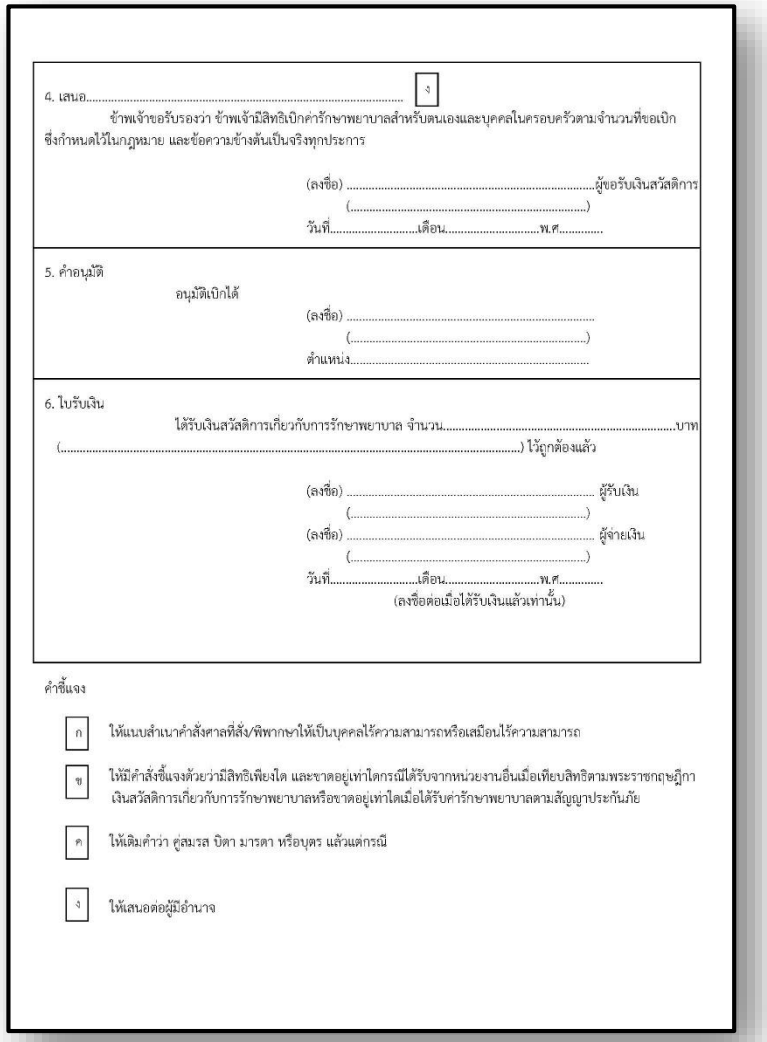
ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
☐ ตนเอง
☐ คู่สมรส ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน.....
☐ บิดา ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน.....
☐ มารดา ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน.....
☐ บุตร ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ [ก]
ป่วยเป็นโรค.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....สิ้นวันที่
.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน .....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ
(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2).....ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เสนอ..... [ง]
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ
อนุมัติเบิกได้
(ลงชื่อ) .....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว
(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

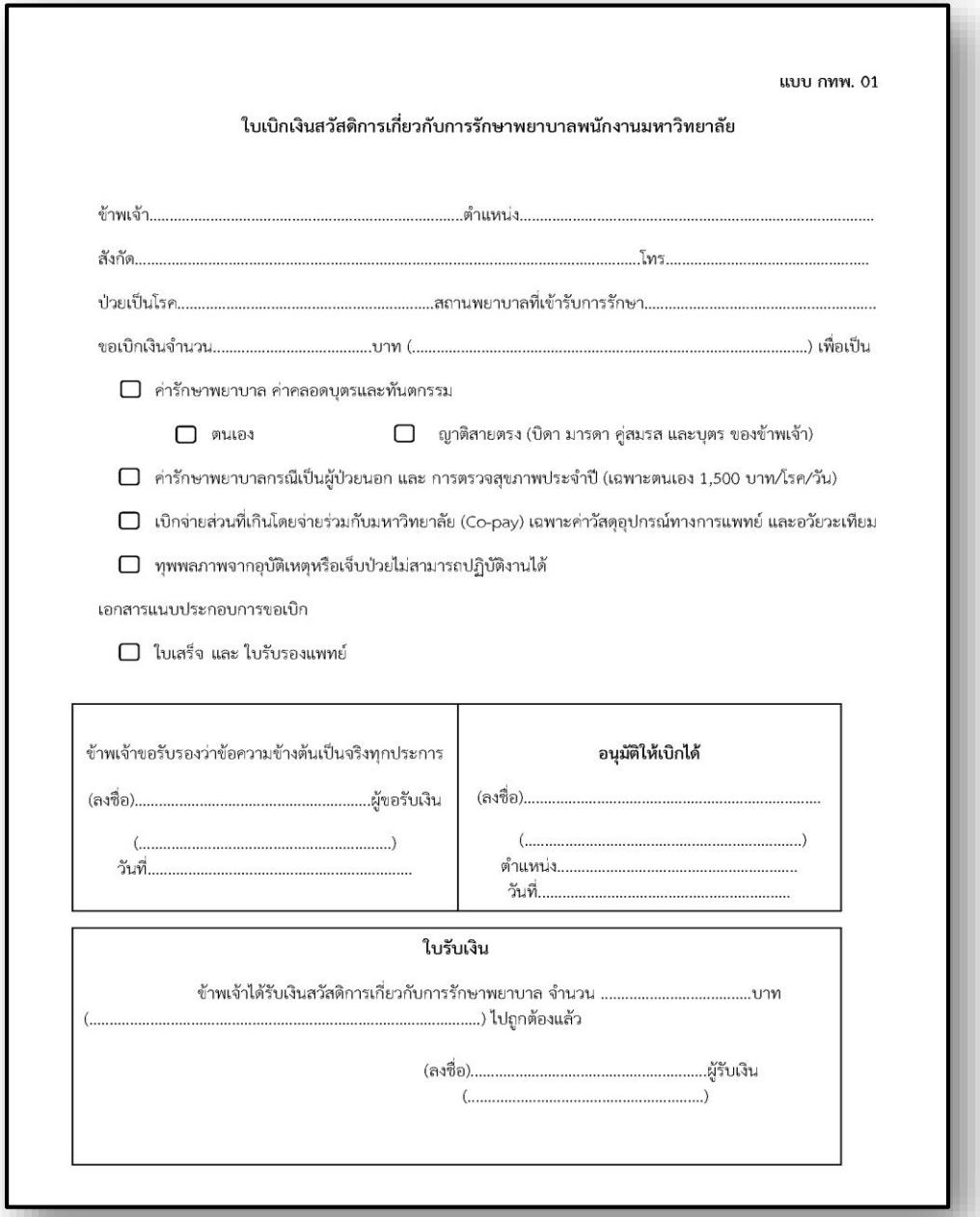
[ก] ให้แนบคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

[ข] ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

[ค] ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

[ง] ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

❑ ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัย แบบ กทพ 01



แบบ กทพ. 01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....) เพื่อเป็น

☐ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม

☐ ตนเอง ☐ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)

☐ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน)

☐ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม

☐ ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

☐ ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

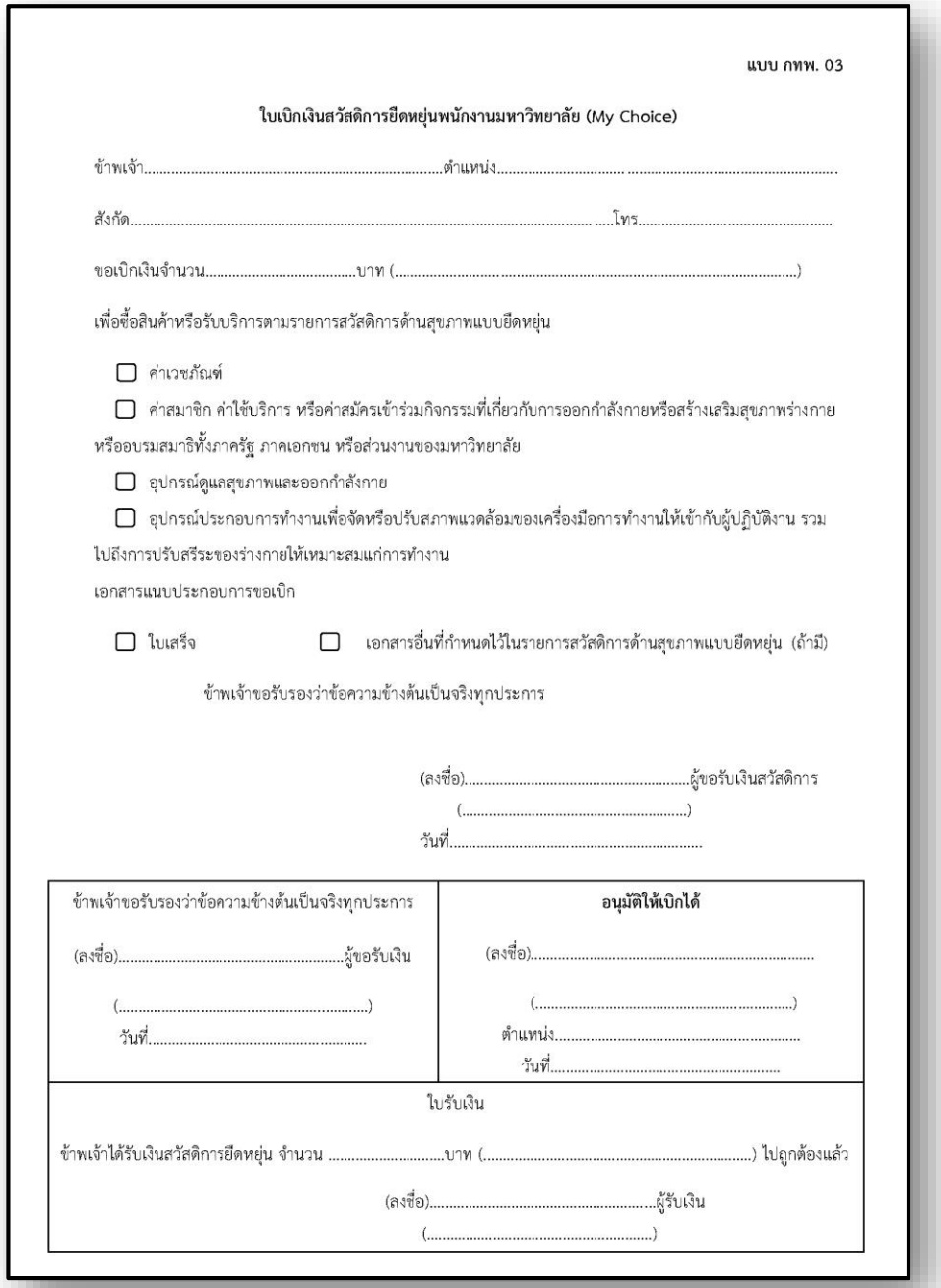
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	**อนุมัติให้เบิกได้** (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

❑ ใบเบิกเงินสวัสดิการยืดหยุ่น พนักงานมหาวิทยาลัย แบบ กทพ 03



แบบ กทพ. 03

ใบเบิกเงินสวัสดิการยืดหยุ่นพนักงานมหาวิทยาลัย (My Choice)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....)

เพื่อซื้อสินค้าหรือรับบริการตามรายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น

☐ ค่าเวชภัณฑ์

☐ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกายหรืออบรมสมาธิทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย

☐ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย

☐ อุปกรณ์ประกอบการทำงานเพื่อจัดหรือปรับสภาพแวดล้อมของเครื่องมือการทำงานให้เข้ากับผู้ปฏิบัติงาน รวมไปถึงการปรับสรีระของร่างกายให้เหมาะสมแก่การทำงาน

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

☐ ใบเสร็จ ☐ เอกสารอื่นที่กำหนดไว้ในรายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	**อนุมัติให้เบิกได้** (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....

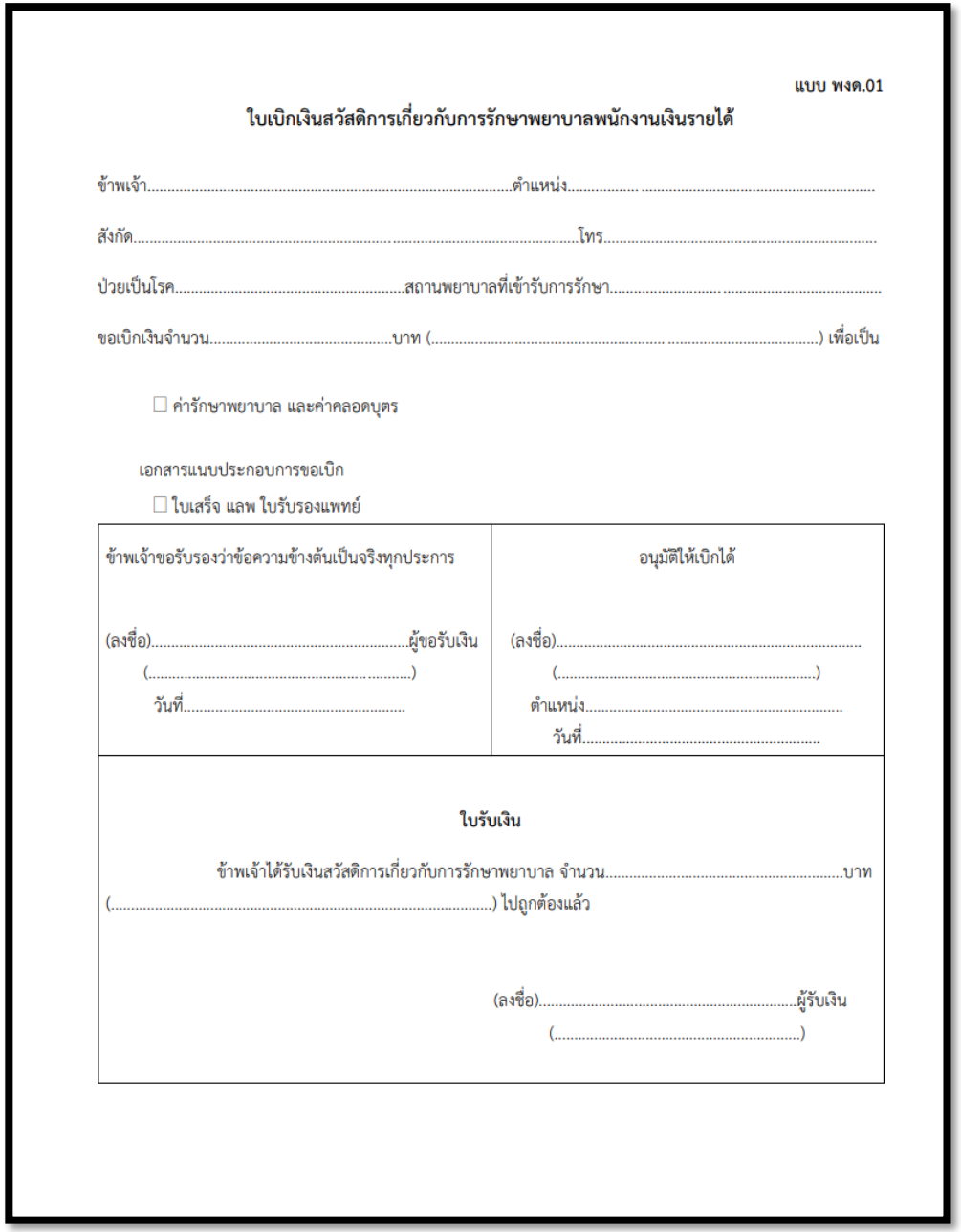
ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการยืดหยุ่น จำนวน .....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

❑ ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้



แบบ พงด.01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....) เพื่อเป็น

☐ ค่ารักษาพยาบาล และค่าคลอดบุตร

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

☐ ใบเสร็จ แลพ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	(ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....

ใบรับเงิน

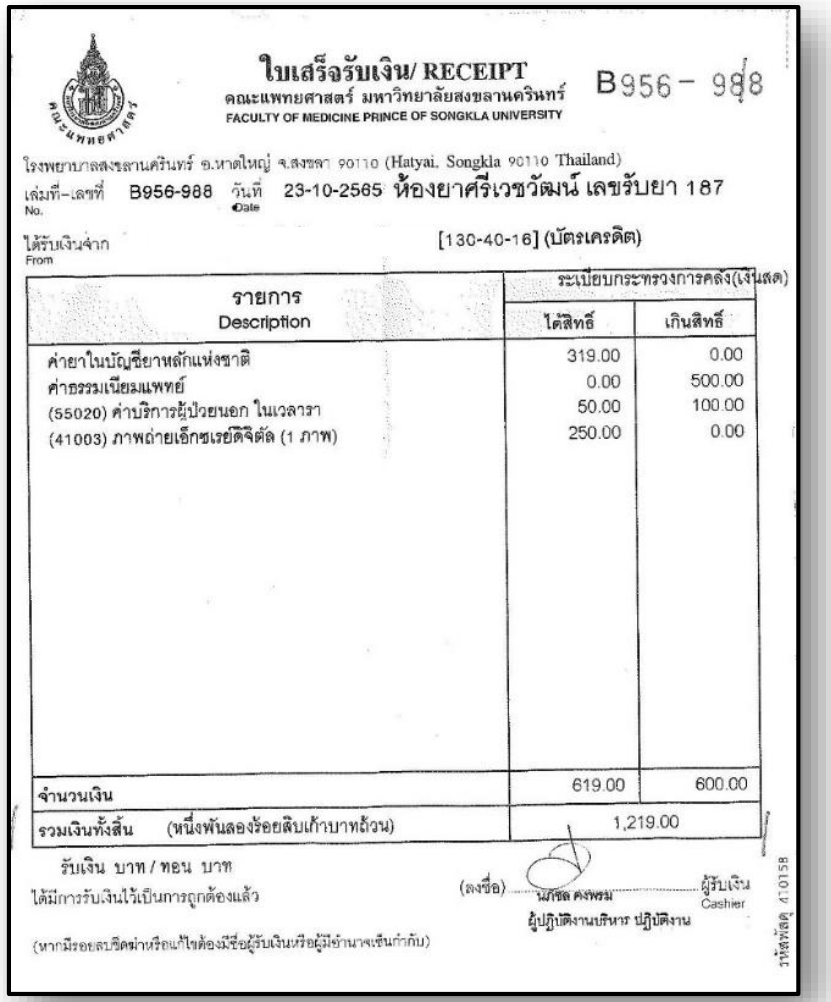
ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

ตรวจสอบใบเสร็จรับเงิน
ประกอบด้วย
สาระสำคัญดังนี้

1. ชื่อ ที่อยู่ ของสถานพยาบาล
2. วันเดือนปี ที่ชำระเงิน และเลขที่ใบเสร็จ
3. ชื่อ ที่อยู่ ผู้ใช้บริการ
4. รายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ
5. จำนวนเงินตัวเลขและตัวหนังสือ
6. ลายมือชื่อผู้รับเงิน

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน



ใบเสร็จรับเงิน/ RECEIPT
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY
B956- 988

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 (Hatyai, Songkla 90110 Thailand)

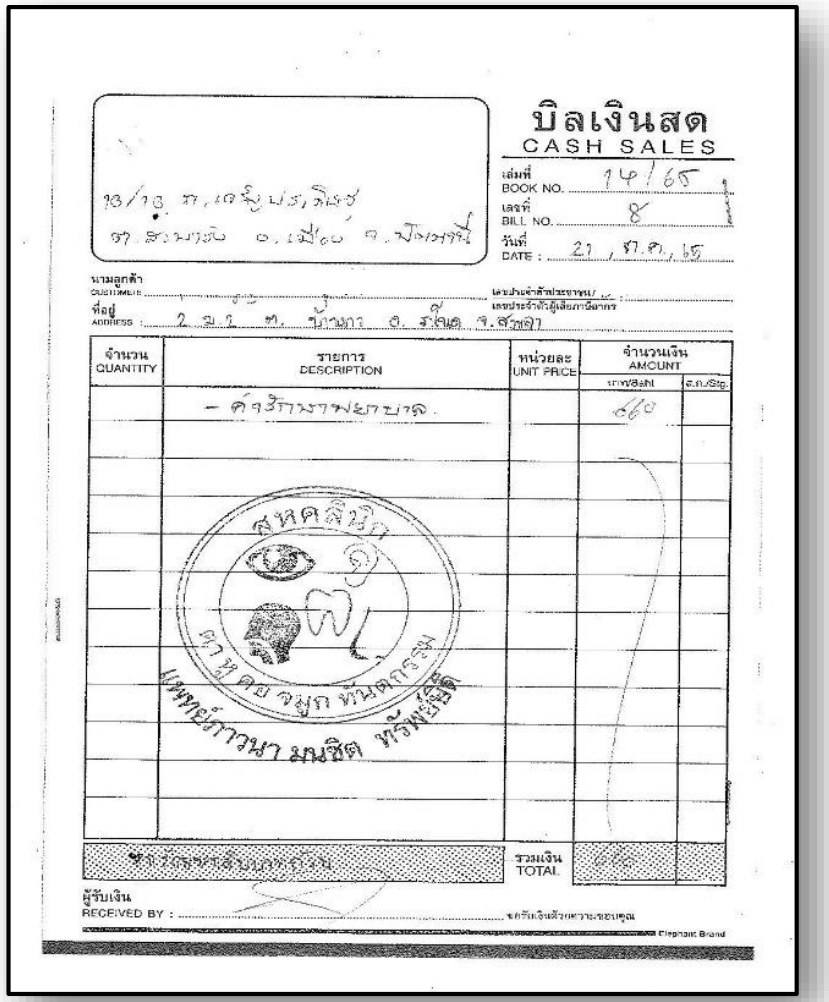
เล่มที่-เลขที่ No. B956-988 วันที่ Date 23-10-2565 ห้องยาศรีเวชวัฒน์ เลขรับยา 187

ได้รับเงินจาก From [130-40-16] (บัตรเครดิต)

รายการ Description	ระเบียบกระทรวงการคลัง(เงินสด) ได้สิทธิ์	เกินสิทธิ์
ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	319.00	0.00
ค่าธรรมเนียมแพทย์	0.00	500.00
(55020) ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราช	50.00	100.00
(41003) ภาพถ่ายเอ็กซเรย์ดิจิตัล (1 ภาพ)	250.00	0.00
จำนวนเงิน	619.00	600.00
รวมเงินทั้งสิ้น (หนึ่งพันสองร้อยสิบเก้าบาทถ้วน)	1,219.00	

รับเงิน บาท / ทอน บาท
ได้มีการรับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว
(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน Cashier
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร ปฏิบัติงาน

(หากมีรอยลบขีดฆ่าหรือแก้ไขต้องมีชื่อผู้รับเงินหรือผู้มีอำนาจเซ็นกำกับ)



บิลเงินสด
CASH SALES

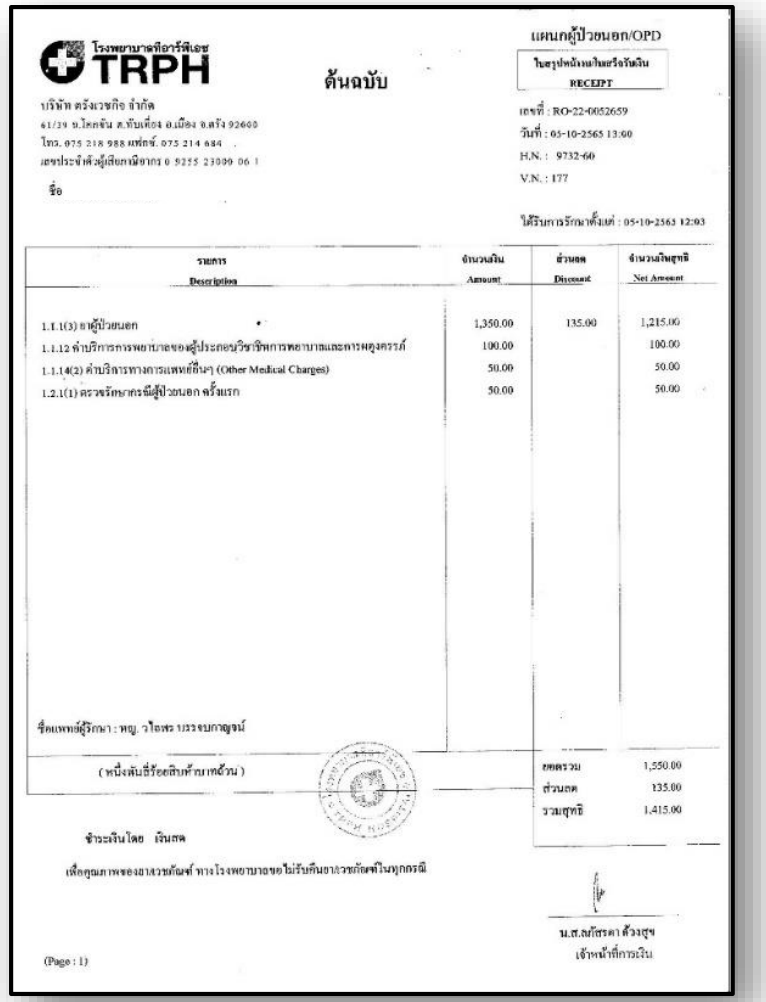
เล่มที่ BOOK NO. 14/65
เลขที่ BILL NO. 8
วันที่ DATE : 21 ก.ค. 65

ชื่อ CUSTOMER'S NAME
ที่อยู่ ADDRESS 2 ม.1 ต. บ้านกา อ. รัตภูมิ จ. สงขลา

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT บาท/Baht	สต./Stg.
	- ค่าธรรมเนียมแพทย์		600	

รวมเงิน TOTAL

ผู้รับเงิน
RECEIVED BY : .....



โรงพยาบาลทีอาร์พีเอช TRPH

ต้นฉบับ

แผนกผู้ป่วยนอก/OPD
ใบสรุปหน้าหนังสือรับรองการเงิน RECEIPT

บริษัท ตรังเวชกิจ จำกัด
61/39 ม.โคกจัน ต.กับเหลือ อ.เมือง จ.ตรัง 92000
โทร. 075 218 988 แฟกซ์. 075 214 684
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 9255 23000 06 1

เลขที่ : RO-22-0052659
วันที่ : 05-10-2565 13:00
H.N. : 9732-60
V.N. : 177

ชื่อ

ได้รับการรักษาตั้งแต่ : 05-10-2565 12:03

รายการ Description	จำนวนเงิน Amount	ส่วนลด Discount	จำนวนเงินสุทธิ Net Amount
1.1.1(3) ยาผู้ป่วยนอก	1,350.00	135.00	1,215.00
1.1.12 ค่าบริการการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์	100.00		100.00
1.1.14(2) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ (Other Medical Charges)	50.00		50.00
1.2.1(1) ตรวจรักษาครั้งผู้ป่วยนอก ครั้งแรก	50.00		50.00

ชื่อแพทย์ผู้รักษา : พญ. วไลพร บรรจบกาญจน์

(หนึ่งพันสี่ร้อยสิบห้าบาทถ้วน)

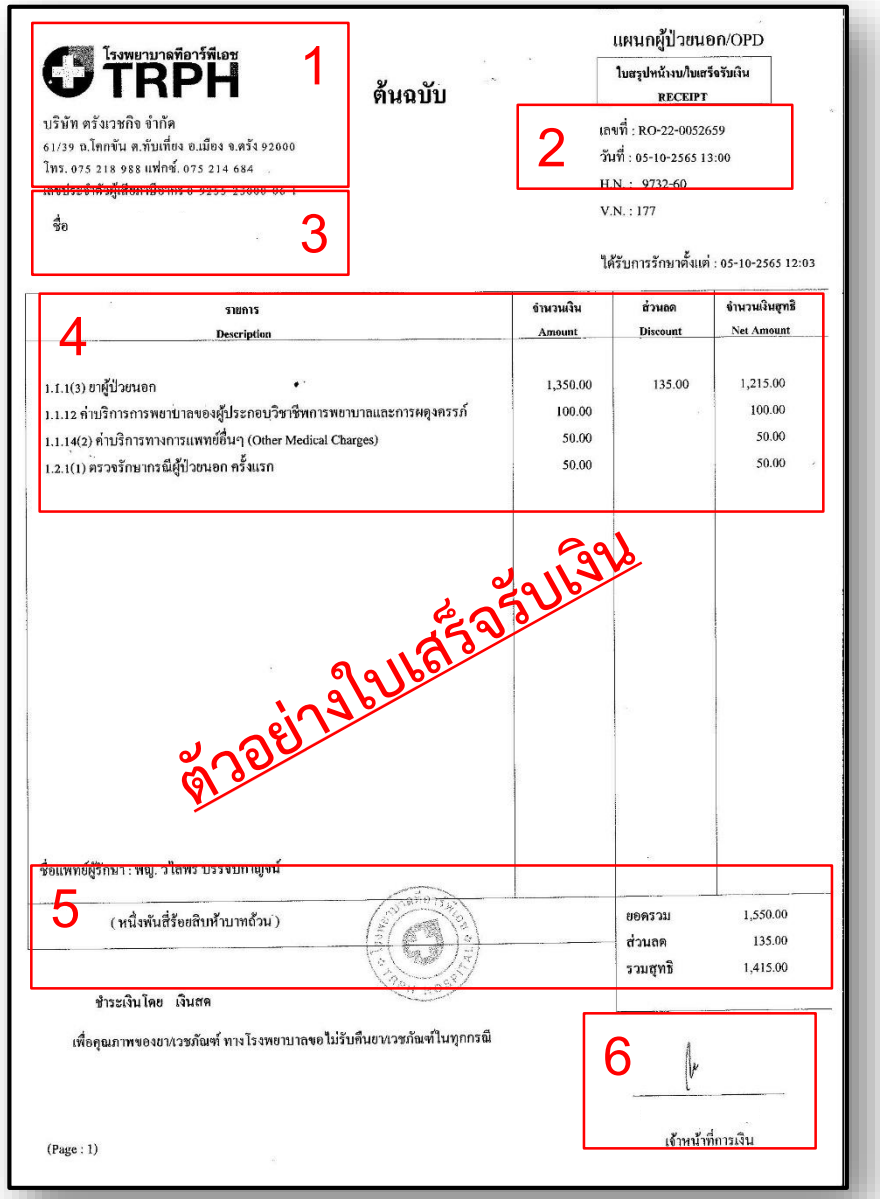
ยอดรวม	1,550.00
ส่วนลด	135.00
รวมสุทธิ	1,415.00

ชำระเงินโดย เงินสด

เพื่อคุณภาพของยาและวัคซีน ทางโรงพยาบาลขอไม่รับคืนยาและวัคซีนในทุกกรณี

น.ส.สมิธรดา ตั้งสุข
เจ้าหน้าที่การเงิน

(Page : 1)



1.ชื่อ ที่อยู่ ของสถานพยาบาล

: โรงพยาบาลทีอาร์พีเอช

2.วันเดือนปี ที่ชำระเงิน และเลขที่ใบเสร็จ

: 5 ต.ค.65 / RO-522659

3.ชื่อ ที่อยู่ ผู้ใช้บริการ

: นาย/นาง/น.ส./.....

4.รายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

: ค่ายา/ค่าบริการ/ค่าตรวจรักษา

5.จำนวนเงินตัวเลขและตัวหนังสือ

: 1,415.- บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยสิบห้าบาทถ้วน)

6.ลายมือชื่อผู้รับเงิน

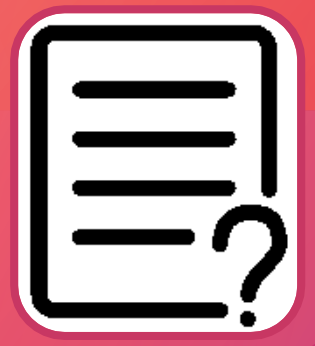
: ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่การเงิน

ข้อควรระวัง

- ใบเสร็จที่นำมาเบิกจะต้องไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ในใบเสร็จจนถึงวันที่ทำเบิก

- หากมีการแก้ไขรายการ/จำนวนเงินในใบเสร็จ ผู้รับเงินจะต้องลงชื่อกำกับทุกครั้ง

ปัญหาที่พบบ่อยสำหรับใบเสร็จรับเงิน ที่ไม่ถูกต้องครบถ้วน



1. ไม่ระบุจำนวนเงินตัวอักษร
2. มีการแก้ไขรายการแต่ไม่ได้ลงลายมือชื่อกำกับ
3. ระบุจำนวนเงินไม่ถูกต้อง
4. ระบุชื่อไม่ถูกต้อง
5. ไม่ลงลายมือชื่อผู้รับเงิน
6. ไม่ระบุเลขบัตรประชาชน (กรณีใบเสร็จรับเงินมีให้ระบุ)
7. ไม่ระบุที่อยู่ (กรณีใบเสร็จรับเงินมีให้ระบุ)
8. ใบเสร็จรับเงินหมดอายุ

ตรวจสอบใบรับรองแพทย์

ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

1. ระบุสถานที่ /วัน เดือน ปี ที่ออกใบรับรองแพทย์

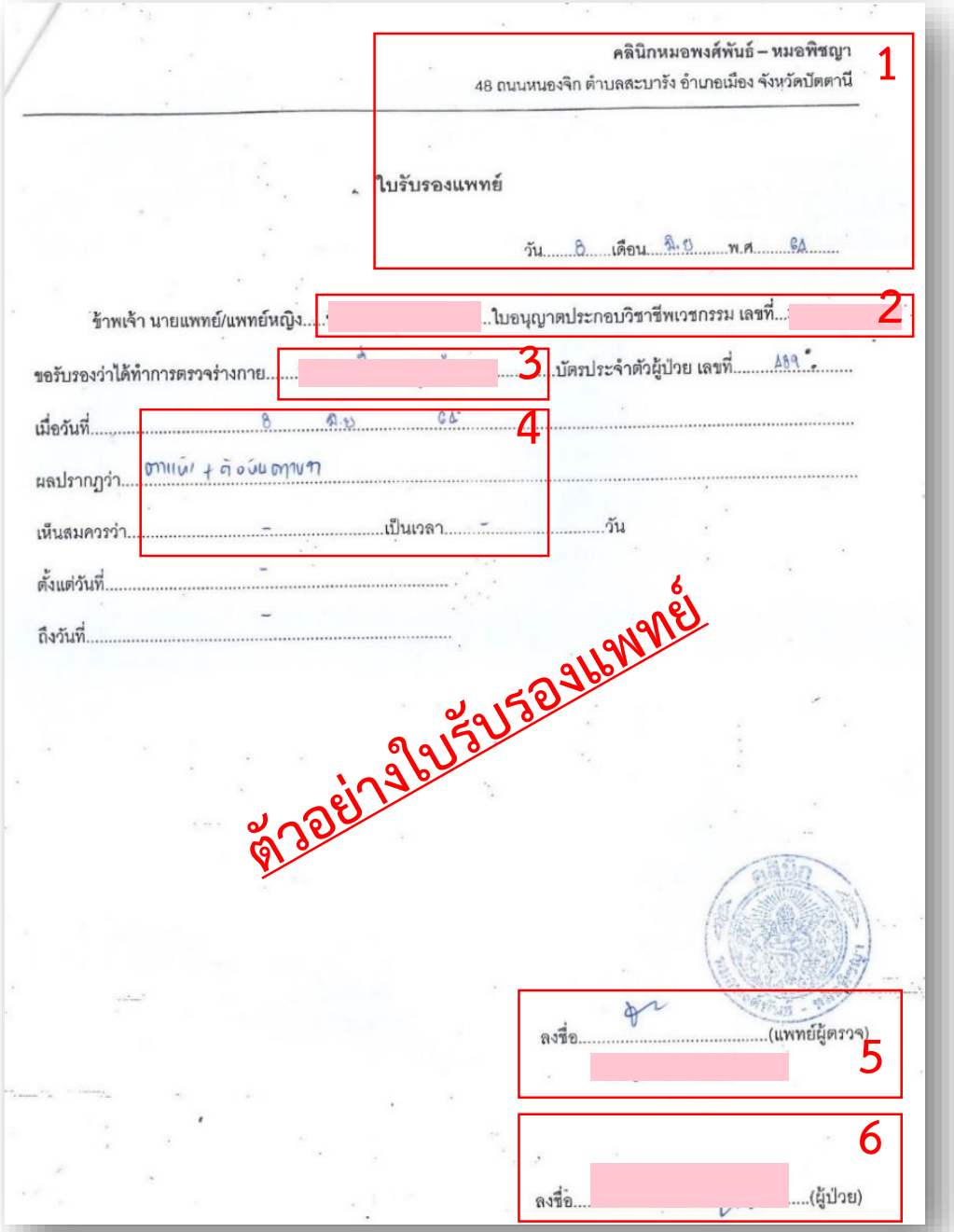
2. ระบุคุณวุฒิของแพทย์ รวมถึงชื่อ-นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

3. ระบุชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ อาจรวมถึงเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

4. รายละเอียดการวินิจฉัย สภาวะอาการเจ็บป่วย

5. ลายมือชื่อกำกับของแพทย์ผู้ตรวจ

6. ลายมือชื่อผู้ป่วย



ข้อสังเกต

โรงพยาบาลของรัฐ แนบ/ไม่แนบใบรับรองแพทย์ก็ได้

ยกเว้น การรักษาคลินิกผิวหนัง ใบเสร็จเวชสำอางค์

และสถานพยาบาลอื่น ต้องแนบใบรับรองแพทย์

THANK
YOU

Q
A

ตารางการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย

ประเภทสวัสดิการ	สิทธิตนเอง		สิทธิญาติสายตรง
	ครั้งละไม่เกิน 1,500/โรค/วัน ไม่เกิน 20 ครั้ง/ปีงบประมาณ	เงินสะสม	เงินสะสม
1.สวัสดิการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน *สิทธิตนเองและสิทธิญาติสายตรง*			
หมวด 1 การป้องกัน			
-ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี	✓		
-ค่าใช้จ่ายฉีดวัคซีนทุกประเภท	✓	✓	✓
หมวด 2 การรักษาพยาบาล			
2.1 ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจและการรักษาโรค	✓	✓	✓
2.2 ทันตกรรม			
-เบิกค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเพื่อการรักษาพยาบาลทุกประเภท		✓	
-เบิกค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม ครอบคลุมเฉพาะ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน			✓
ผ่าฟันคุด และรักษารากฟัน			
2.3 ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการแพทย์แผนไทย ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	✓	✓	✓
เช่น ยาสมุนไพร หรือยาแผนไทยการนวดรักษา การอบหรือประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา			
2.4 ค่ายาและเวชภัณฑ์ตามใบสั่งแพทย์	✓	✓	✓
หมวด 3 การเสริมสร้างและฟื้นฟูสุขภาพ			
-ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เช่น การกายภาพบำบัด จิตบำบัด	✓	✓	✓
ในสถานพยาบาลภารัฐบาล ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย			
เอกสารที่ใช้ประกอบ 1.แบบ กทพ.01			
2.ใบรับรองแพทย์			
3.ใบเสร็จรับเงิน			
2.สวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น *สิทธิเฉพาะตนเองเท่านั้นวงเงิน 3,000 บาท/ปี*		✓	
รายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น			
1 คาเวชภัณฑ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจ			
เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์บำรุงรักษาเครื่องฟอกอากาศ			
2 ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการหรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริม			
สุขภาพร่างกายหรืออบรมสมาธิทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย เช่น			
2.1 ค่าสมาชิกหรือค่าบริการสนามกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกายทุกประเภท			
2.2 ค่าสมัครเรียนกีฬาหรือฝึกฝนการออกกำลังกาย			
3 อุปกรณ์ดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย เช่น			
3.1 อุปกรณ์การกีฬาหรือเพื่อการออกกำลังกายทุกประเภท			
3.2 รองเท้ากีฬาหรือเพื่อออกกำลังกายทุกประเภทกีฬา รวมทั้งรองเท้าเพื่อสุขภาพ			
3.3 นาฬิกาสำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ			
4 อุปกรณ์ประกอบการทำงานเพื่อจัดหรือปรับสภาพแวดล้อมของเครื่องมือการทำงานให้เข้ากับ			
ผู้ปฏิบัติงานรวมถึงการปรับสรีระของร่างกายให้เหมาะสมแก่การทำงาน			
4.1 อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ บ่าไหล่ หลังและเขา			
4.2 เข็มขัด เสื้อพยุงหลังเพื่อสุขภาพ			
4.3 เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอ หรือศรีษะเพื่อสุขภาพ			
4.4 แว่นสายตา			
5 วัสดุทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคเรื้อรัง			
เอกสารที่ใช้ประกอบ 1.แบบ กทพ.03			
2.ใบเสร็จรับเงิน			
3.เอกสารอื่นที่กำหนดในรายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น(ถ้ามี)			

เงินสะสม คือ เงินเหลือจ่ายของปีเก่าที่ไม่ได้เบิกค่ารักษาพยาบาลนำมาคำนวณร้อยละ 40 ของเงินส่วนที่เหลือ ณ 30 กันยายน ของปีงบประมาณนั้น มหาวิทยาลัยจะคำนวณเป็นยอดตั้งต้น ในวันที่ 1 ตุลาคม ปีงบประมาณถัดไป โดยสะสมไม่เกิน 250,000 บาท

สรุปจากประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่องการจัดสวัสดิการพนักงานมหาวิยาลัย พ.ศ.2565
โดยนางลาตีฟะห์ การดี นักวิชาการและบัญชีชำนาญการ