

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมายถูก ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

๑. เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า.....
 คู่สมรส ชื่อ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
 บิดา ชื่อ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
 มารดา ชื่อ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
 บุตร ชื่อ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว
เลขที่หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล
ชื่อ.....
ที่ตั้ง.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
การรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒. เสนอ.....

ขอรับรองว่า พนักงานผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาลตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองฯ ได้

- ลงนามแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ๑. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด

๒. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล