

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ

ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง.....สังกัด.....กระทรวง/จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

- ตนเอง อายุ ปี
- คู่สมรส ชื่อ
- บิดา ชื่อ
- มารดา ชื่อ
- บุตร ชื่อ

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

ก เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

