

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

ตำแหน่ง.....สังกัดกรม..... กระทรวง.....

จังหวัด.....

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง
คำรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

☐ คู่สมรส ชื่อ

☐ บิดา ชื่อ

☐ มารดา ชื่อ

☐ บุตร ชื่อ

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว

/เลขที่หนังสือเดินทาง..... เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน

ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินคำรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ข้าพเจ้า นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ..... ข แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว

ของ..... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

ลงชื่อ

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

หมายเหตุ

ก เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

ข ชื่อบุคคลในครอบครัว

