

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

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

มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษายาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

- ☐ ตนเอง
- ☐ คู่สมรส ชื่อ.....
- ☐ บิดา ชื่อ.....
- ☐ มารดา ชื่อ.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/

เลขที่หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

ก

เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ