

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน

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

จังหวัด.....

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง
ค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

 คู่สมรส ชื่อ..... บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ..... บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว/
เลขที่หนังสือเดินทาง.....เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน
ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ข้าพเจ้า.....นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ
ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ.....แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว
ของ.....กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ