

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. เสนอ.....

ข้าพเจ้า..... เลขที่ประจำตัวประชาชน

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

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า
 - คู่สมรส ชื่อ.....
 - บิดา ชื่อ.....
 - มารดา ชื่อ.....
 - บุตร ชื่อ.....
- เกิดเมื่อ.....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว / เลขที่
หนังสือเดินทาง..... และได้เข้ารับการักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

2. เสนอ.....

ขอรับรองว่า ข้าราชกรณผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด
2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล