

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ.....

ข้าพเจ้า เลขประจำตัวประชาชน

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

จังหวัด.....

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรงค่า
รักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว

/เลขที่หนังสือเดินทาง.....เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน
ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ข้าพเจ้า.....นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญได้

ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ.....แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว

ของ.....กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จ