

# แบบฟอร์มการขอคืนสิทธิผู้มีสิทธิในระบบงานเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล

## เจ้าของสิทธิ

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ประเภทบุคคล  ข้าราชการสามัญ  ข้าราชการครู กทม.  ลูกจ้างประจำ

ข้าราชการการเมือง  ข้าราชการบำนาญ

## 2. ขอคืนสิทธิการรักษาพยาบาลของ

คู่สมรส ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

## 3. เอกสารการขอคืนสิทธิ (ตามที่แนบ)

ทะเบียนบ้าน  ทะเบียนสมรส  ทะเบียนหย่า  สูติบัตร

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือรับรองบุตร  หนังสือรับรองบุตรบุญธรรม

หนังสือเดินทาง  ใบต่างด้าว  อื่นๆ.....

4. เหตุผลการขอคืนสิทธิ.....

\*\*\*ขอยืนยันความถูกต้องของเอกสารที่นายทะเบียนเป็นผู้ตรวจสอบแล้ว

เจ้าของสิทธิ.....

นายทะเบียน.....

(.....)

(.....)

หัวหน้าฝ่าย.....

(.....)