

**แบบแสดงข้อมูลบุคคลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ของกรุงเทพมหานคร
ในการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์**

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....(ผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล)

เลขประจำตัวประชาชน เพศ 1 ชาย 2 หญิง

ประเภท 1 ข้าราชการกรม.สามัญ 2 ข้าราชการครู กทม. 3 ลูกจ้างประจำ

วัน เดือน ปี เกิด วัน เดือน ปีที่เริ่มรับราชการ
(กรอกเป็นตัวเลข)

วันครบเกษียณอายุราชการ (ก่อนอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์หนึ่งวัน)

สถานภาพสมรส 1 โสด 2 สมรส 3 หย่า 4 อื่น ๆ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ถ้าตรงกับทะเบียนบ้านไม่ต้องกรอก)

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน

ฝ่าย..... กอง.....
สำนัก/สำนักงานเขต..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลบิดาของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

สัญชาติ 1 ไทย 2 อื่น ๆ.....

สถานภาพ 1 มีชีวิต 2 เสียชีวิต 3 สาบสูญ

เลขที่บัตร/หนังสือเดินทาง(กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย).....

เลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปี เกิด

อาชีพ

1 รับราชการ 2 ผู้รับเบี้ยหวัด 3 ผู้รับบำนาญ 4 รัฐวิสาหกิจ

5 ธุรกิจส่วนตัว 6 รับจ้าง 7 ไม่ทำงาน

เอกสารแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องใช้

- สำเนาสูติบัตรของผู้มีสิทธิ (ถ้ามี) ออกให้ ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น.....
- สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดา เลขที่หนังสือ..... หรือ
- สำเนาการจดทะเบียนรับรองบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย (คร.11) เลขที่หนังสือ..... หรือ
- สำเนาคำสั่งศาลหรือสำเนาคำพิพากษาว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของบิดา เลขที่หนังสือ..... และ
- อื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ของบิดาถ้ามี)..... เลขที่หนังสือ.....

ข้อมูลมารดาของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

สัญชาติ 1 ไทย 2 อื่นๆ.....

สถานภาพ 1 มีชีวิต 2 เสียชีวิต 3 สาบสูญ

เลขที่บัตร/หนังสือเดินทาง(กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย).....

เลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปี เกิด

อาชีพ 1 รับราชการ 2 ผู้รับเบี้ยหวัด 3 ผู้รับบำนาญ 4 รัฐวิสาหกิจ

5 ธุรกิจส่วนตัว 6 รับจ้าง 7 ไม่ทำงาน

เอกสารแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องใช้

- สำเนาสูติบัตรของผู้มีสิทธิ (ถ้ามี) ออกให้ ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น.....
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ เลขรหัสประจำบ้าน บ้านเลขที่..... และ
- อื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ของมารดาถ้ามี)..... เลขที่หนังสือ.....

คู่สมรสของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล (คู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย)

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

สัญชาติ 1 ไทย 2 อื่นๆ.....

สถานภาพ 1 มีชีวิต 2 เสียชีวิต 3 สาบสูญ

เลขที่บัตร/หนังสือเดินทาง(กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย).....

เลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปี เกิด

อาชีพ 1 รับราชการ 2 ผู้รับเบี้ยหวัด 3 ผู้รับบำนาญ 4 รัฐวิสาหกิจ

5 ธุรกิจส่วนตัว 6 รับจ้าง 7 ไม่ทำงาน

เอกสารแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องใช้

- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้มีสิทธิ เลขที่หนังสือ..... และ
- สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส เลขรหัสประจำบ้าน บ้านเลขที่..... และ
- อื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ของคู่สมรสถ้ามี)..... เลขที่หนังสือ.....

ข้อมูลบุตรของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล (บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งอยู่ในความอุปการะของผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม)

กรอกข้อมูลตามจำนวนบุตรที่มี ถ้าไม่มีข้ามไปหน้า 4

บุตรลำดับที่ ชื่อ ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 เพศ 1 ชาย 2 หญิง

วัน เดือน ปี เกิด

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สถานภาพ 1 มีชีวิต 2 เสียชีวิต 3 สาบสูญ

สถานภาพสมรส 1 โสด 2 สมรส 3 หย่า 4 อื่น ๆ

อาชีพ 1 รับราชการ 2 ผู้รับเบี้ยหวัด 3 ผู้รับบำนาญ 4 รัฐวิสาหกิจ 5 ธุรกิจส่วนตัว

6 รับจ้าง 7 ไม่ทำงาน 8 เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ หนังสืออ้างอิง.....

9 อื่น ๆ

เอกสารแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องใช้

กรณีเป็นมารดา - สำเนาสูติบัตรของบุตร ออกให้ ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น.....และ

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร เลขรหัสประจำบ้าน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 บ้านเลขที่.....

- อื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ของบุตรถ้ามี).....และ เลขที่หนังสือ

กรณีเป็นบิดา - สำเนาสูติบัตรของบุตร ออกให้ ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น.....และ

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร เลขรหัสประจำบ้าน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 บ้านเลขที่.....และ

- สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า ของผู้มีสิทธิกับคู่สมรสที่เป็นมารดาของบุตร เลขที่หนังสือหรือ

- สำเนาการจดทะเบียนรับรองบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ (คร.11) เลขที่หนังสือหรือ

- สำเนาคำสั่งศาลหรือสำเนาคำพิพากษาว่าเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ เลขที่หนังสือและ

- อื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ถ้ามี)..... เลขที่หนังสือ

บุตรลำดับที่ ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] เพศ 1 ชาย 2 หญิง

วัน เดือน ปี เกิด [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

สถานภาพ 1 มีชีวิต 2 เสียชีวิต 3 สาบสูญ

สถานภาพสมรส 1 โสด 2 สมรส 3 หย่า 4 อื่นๆ

อาชีพ 1 รับราชการ 2 ผู้รับเบี้ยหวัด 3 ผู้รับบำนาญ 4 รัฐวิสาหกิจ 5 ธุรกิจส่วนตัว

6 รับจ้าง 7 ไม่ทำงาน 8 เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ หนังสืออ้างอิง.....

9 อื่นๆ

เอกสารแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องใช้

- กรณีเป็นมารดา**
- สำเนาสูติบัตรของบุตร ออกให้ ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น.....และ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร เลขรหัสประจำบ้าน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] บ้านเลขที่.....และ
 - อื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ถ้ามี)..... เลขที่หนังสือ

- กรณีเป็นบิดา**
- สำเนาสูติบัตรของบุตร ออกให้ ณ สำนักทะเบียนท้องถิ่น.....และ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร เลขรหัสประจำบ้าน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] บ้านเลขที่.....และ
 - สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า ของผู้มีสิทธิกับคู่สมรสที่เป็นมารดาของบุตร เลขที่หนังสือหรือ
 - สำเนาการจดทะเบียนรับรองบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ (คร.11) เลขที่หนังสือหรือ
 - สำเนาคำสั่งศาลหรือสำเนาคำพิพากษาว่าเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ เลขที่หนังสือและ
 - อื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ของบุตรถ้ามี)..... เลขที่หนังสือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

- หมายเหตุ**
1. กรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่มีหัวข้อให้เลือก
 2. กรอกข้อมูลบุตรตามจำนวนที่มี โดยถ่ายเอกสารหน้า 3 แล้วใส่ลำดับที่..... ของบุตร
 3. กรอกข้อมูลแล้วให้แนบเอกสารแสดงความสัมพันธ์ทุกฉบับ กับแบบฟอร์มนี้ด้วย