

## คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ.....

ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน 

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

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....
- บิดา ชื่อ.....
- มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน  หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/

เลขที่หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....

.....ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

ก

เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ