

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เลขที่ ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน

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

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว
/เลขที่หนังสือเดินทาง.....และได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ

ก เลขผู้มีอำนาจอนุมัติ