

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ.....

ข้าพเจ้า..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□

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

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรงค่า
รักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

- คู่สมรส ชื่อ
- บิดา ชื่อ
- มารดา ชื่อ
- บุตร ชื่อ

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□ หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือ
เดินทาง..... เนื่องจากเป็นบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ตาม

กฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงิน
สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ข้าพเจ้า..... นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ
ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ..... แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว

ของ..... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

(ลงชื่อ).....

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

