

คำขอมีบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสองแคว

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

ตำแหน่ง..... สังกัดกรม..... กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดน่าน  
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

