

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.....และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ

ก เลขที่ผู้มีอำนาจอนุมัติ

