

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

รูปถ่าย
1x1
นิ้ว

เสนอผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต ๓

ข้าพเจ้า เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง สังกัดกรม กระทรวง

จังหวัด

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรงค่า
รักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

คู่สมรส ชื่อ

บิดา ชื่อ

มารดา ชื่อ

บุตร ชื่อ

เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว

/เลขที่หนังสือเดินทาง เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน

ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ข้าพเจ้า นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญได้

ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว

ของ กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

ลงชื่อ

(.....)

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จ

เฉพาะเจ้าหน้าที่

บัตรเลขที่ 04049 -

วันออกบัตร...../...../.....

วันหมดอายุ...../...../.....