



แบบคำร้องขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ขอหนังสือรับรอง

ชื่อ - ฉายา นามสกุล.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 โทร.....

๒. มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....
 เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
- บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

๓. ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....
 ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
 ประเภท ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เหตุที่เข้ารับการรักษา.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายกำหนดสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<input type="checkbox"/> ตรวจสอบและจัดทำ วันที่..... ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ (.....) เจ้าพนักงานธุรการ

<input type="checkbox"/> รับแล้ว วันที่..... ลงชื่อ.....ผู้รับ (.....)
--