

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษานาน เขต 1

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่ประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

กระทรวง.....ศึกษาธิการ.....จังหวัด..... มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการ

รักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า
- คู่สมรส ชื่อ.....อายุ.....ปี
- บิดา ชื่อ.....อายุ.....ปี
- มารดา ชื่อ.....อายุ.....ปี
- บุตร ชื่อ.....อายุ.....ปี

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน - - - หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว

เลขที่หนังสือเดินทาง..... และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษามาตรฐานดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานาน เขต 1

ขอรับรองว่า ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. เสนอผู้มีบังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบ็ดเสร็จ

2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล