

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน (ผู้อำนวยการสถานพยาบาล)

ด้วย.....(3).....แจ้งว่า .....(4).....

เลขที่ประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□ หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี ซึ่งเป็น .....(5).....

ได้เข้ารับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า.....(3).....เลขที่ประจำตัวประชาชน

□□□□□□□□□□□□ อายุ .....ปี ตำแหน่ง .....

สังกัดกรม.....กระทรวง.....

ส่วนราชการ .....จังหวัด ..... ซึ่งเป็น .....(6).....

ของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด จัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยตรงกับกรมบัญชีกลาง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอใช้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(3) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(4) ให้ระบุชื่อบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษายาบาล พร้อมเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง

(5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(6) ให้ระบุความสัมพันธ์ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย



คำขอลงหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ .....

ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง.....สังกัด..... กระทรวง/จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขอลงหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

- 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 เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

