

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สำนัก/กลุ่มงาน.....

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ.....วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

บิดา ชื่อ.....วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

มารดา ชื่อ.....วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....อายุ.....ปี เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว /

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

ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.