

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<input type="checkbox"/> ก
เสนอ .....
ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ตำแหน่ง.....สังกัดกรม..... กระทรวง.....
จังหวัด.....
มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง คำรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ
<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ .....
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ .....
<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ .....
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ .....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ .....
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง..... เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินคำรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
(ลงชื่อ)..... (.....) วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ
ข้าพเจ้า ..... นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ..... <input type="checkbox"/> แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว ของ..... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้
ลงชื่อ .....
นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

## หมายเหตุ

ก เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

ข ชื่อบุคคลในครอบครัว

แบบบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

(ด้านหน้า)

รูปถ่าย ๒.๕ x ๓ ซม.	เลขประจำตัวของผู้ถือบัตร .....
	ชื่อ ..... .....
	ตำแหน่ง.....
เกิดวันที่ .... / .... / .....	ผู้ออกบัตร

(ด้านหลัง)

บัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ให้ไว้แสดงว่าบุคคลที่ถือบัตรนี้เป็นบุคคล  
ในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่สามารถใช้สิทธิในระบบ  
เบิกจ่ายตรงได้

วันออกบัตร...../...../.....วันหมดอายุ...../...../.....

หมายเหตุ

ในกรณีเด็กที่มีอายุไม่เกิน ๗ ปี ให้ ใช้เลขประจำตัวประชาชน สำหรับบิดามารดาหรือคู่สมรสของผู้มีสิทธิ  
ให้ใช้เลขประจำตัวคนต่างด้าว ๑๓ หลัก หรือเลขประจำตัวที่กรมบัญชีกลางกำหนด ๑๓ หลัก แล้วแต่กรณี

