

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

.....  
 เลข..... ก

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□  
 ตำแหน่ง.....สังกัด..... กระทรวง/จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

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  
 เลขผู้มีอำนาจอนุมัติ

