คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

แบบ 7129

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| เสนอ......................................................................  ก  ข้าพเจ้า.....................................................เลขประจำตัวประชาชน 🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏  ตำแหน่ง........................................................สังกัด..........................................กระทรวง/จังหวัด.......................  มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล 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 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ)......................................................  (......................................................)  วันที่.........เดือน...............พ.ศ....................... |

หมายเหตุ

ก

เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ