คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

แบบ 7129

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| เสนอ...................................................................... กข้าพเจ้า.....................................................เลขประจำตัวประชาชน 🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏ตำแหน่ง........................................................สังกัด..........................................กระทรวง/จังหวัด.......................มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ* ตนเอง
* คู่สมรส ชื่อ..........................................................
* บิดา ชื่อ.........................................................
* มารดา ชื่อ.........................................................
* บุตร ชื่อ.........................................................

 เกิดเมื่อ..............................เป็นบุตรลำดับที่................ 🞏 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞏 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน 🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏 หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง.......................................และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล......................ที่ตั้ง.........................................................................อำเภอ.................................จังหวัด........................................ตั้งแต่วันที่.....................................................ถึงวันที่............................................................................................ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ)...................................................... (......................................................) วันที่.........เดือน...............พ.ศ....................... |

หมายเหตุ

 ก

 เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ