**คำขอมีบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง** 🞎 **พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

|  |
| --- |
| เสนอ ...........................................................  ก  ข้าพเจ้า ..............................................................เลขประจำตัวประชาชน 🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎  ตำแหน่ง ..................................................... สังกัดกรม................................................ กระทรวง........................................  จังหวัด ................................................................  มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง  ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ  🞎 คู่สมรส ชื่อ ..............................................................  🞎 บิดา ชื่อ ...............................................................  🞎 มารดา ชื่อ ...............................................................  🞎 บุตร ชื่อ ...............................................................  เกิดเมื่อ .............................................. เป็นบุตรลำดับที่ ...............  🞎 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞎 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎 หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว  /เลขที่หนังสือเดินทาง .................................................... เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน  ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ) ........................................................  (.........................................................)  วันที่ ............. เดือน ................................. พ.ศ. ............ |
| **สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ**  ข้าพเจ้า ............................................................................ นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ  ข  ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ ...................................................................... แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว  ของ ....................................................................... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลได้  ลงชื่อ .................................................................  นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ |

ข

ก

**หมายเหตุ**  เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ, ชื่อบุคคลในครอบครัว