**คำขอมีบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

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

|  |
| --- |
| เสนอ ........................................................... กข้าพเจ้า ..............................................................เลขประจำตัวประชาชน 🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎ตำแหน่ง ..................................................... สังกัดกรม................................................ กระทรวง........................................จังหวัด ................................................................มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ 🞎 คู่สมรส ชื่อ .............................................................. 🞎 บิดา ชื่อ ............................................................... 🞎 มารดา ชื่อ ............................................................... 🞎 บุตร ชื่อ ............................................................... เกิดเมื่อ .............................................. เป็นบุตรลำดับที่ ............... 🞎 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞎 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎 หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง .................................................... เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชนข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ) ........................................................ (.........................................................) วันที่ ............. เดือน ................................. พ.ศ. ............ |
| **สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ**ข้าพเจ้า ............................................................................ นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญขได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ ...................................................................... แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัวของ ....................................................................... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลได้ ลงชื่อ ................................................................. นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ |

ข

ก

**หมายเหตุ**  เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ, ชื่อบุคคลในครอบครัว