

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ	ก	
ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน		
ตำแหน่ง.....สังกัดกรม..... กระทรวง.....		
จังหวัด.....		
มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง ค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ		
☐ คู่สมรส ชื่อ		
☐ บิดา ชื่อ		
☐ มารดา ชื่อ		
☐ บุตร ชื่อ		
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่		
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ		
ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง..... เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ		
(ลงชื่อ)..... (.....) วันที่ เดือน พ.ศ.		
สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ		
ข้าพเจ้า นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ..... ข แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว ของ..... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้		
ลงชื่อ นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ		

หมายเหตุ

ก

 เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

ข

 ชื่อบุคคลในครอบครัว


แบบบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

(ด้านหน้า)

รูปถ่าย ๒.๕ x ๓ ซม.	เลขประจำตัวของผู้ถือบัตร
	ชื่อ
	ตำแหน่ง.....
	ผู้ออกบัตร
เกิดวันที่ / /	

(ด้านหลัง)

บัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ไว้แสดงว่าบุคคลที่ถือบัตรนี้เป็นบุคคล ในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่สามารถใช้สิทธิในระบบ เบิกจ่ายตรงได้ วันออกบัตร...../...../.....วันหมดอายุ...../...../.....

หมายเหตุ

ในกรณีเด็กที่มีอายุไม่เกิน ๗ ปี ให้ ใช้เลขประจำตัวประชาชน สำหรับบิดามารดาหรือคู่สมรสของผู้มีสิทธิ ให้ใช้เลขประจำตัวคนต่างด้าว ๑๓ หลัก หรือเลขประจำตัวที่กรมบัญชีกลางกำหนด ๑๓ หลัก แล้วแต่กรณี

