

คำขอมีบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  
 โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2

ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ตำแหน่ง .....

สังกัดกรม สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดเชียงราย

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับประกอบการเบิกจ่ายตรงค่า  
 รักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

คู่สมรส ชื่อ .....

บิดา ชื่อ .....

มารดา ชื่อ .....

บุตร ชื่อ .....

เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ .....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประชาชน --- หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่

หนังสือเดินทาง ..... เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประชาชนได้ตาม

กฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงิน

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ

ข้าพเจ้า นางอาภา กุลพสมนต์ นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญได้ดำเนินการ  
 ตรวจสอบข้อมูลของ.....แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว

ของ..... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

ลงชื่อ.....

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ