

ใบคำขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

วันที่ขอใช้สิทธิ/...../.....

เวลาที่ขอใช้สิทธิน.

เรียน สถานพยาบาล/ สถานพยาบาล.....

เรื่อง ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล (ผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือ เลขสิทธิที่กรมบัญชีกลางกำหนด คือ

อายุ ปี ซึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ แผนก ผู้ป่วยนอกทั่วไป หน่วยไตเทียม หน่วยรังสีมะเร็ง

เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท (.....)

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... กรณีผู้ใช้สิทธิอายุต่ำกว่า 7 ปี กรุณากรอกข้อมูล ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง คือ

นาย/ นาง/ นางสาว และ เลขบัตรประชาชนผู้ปกครอง คือ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล

ชื่อ-สกุล ผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

หมายเหตุ: ผู้ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ต้องผ่านการตรวจสอบสิทธิการใช้งาน และยืนยันสิทธิการใช้งานด้วยบัตรประชาชนตัวจริง/ สำเนาสูติบัตรทุกครั้ง

ที่ใช้สิทธิ และกรุณาตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของบัตรประชาชน/ สำเนาสูติบัตร และผู้ใช้สิทธิทุกครั้ง