1000 m 10

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่ สก ๐๒๓๓/๑๐๒๒

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ วันที่ ๓ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

ด้วย นางสาวปภาดา ชำนิกุล แจ้งว่า บุตรชาย ชื่อ เด็กชาย กิตติธร ลำลอง ลขที่ประจำตัวประชาชน ๑-๒๗๙๘-๐๐๔๕๓-๖๙-๑ หรือเลขที่ประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ - ของหนังสือเดินทาง -อายุ ๑๙ วัน ซึ่งเป็น ผู้ป่วย ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภท ผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า นางสาวปภาดา ชำนิกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน ๑-๓๓๑๐-๐๐๑๔๙-๘๑-๗ อายุ ๓๒ ปี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัดกรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็น มารดา ของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด

	 ✓ วางฎีกาขอเบิกเงินจาก คลังจังหวัดสระแก้ว ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๐๒) ไปเพื่อเบิกเงินชำระหร์ ต่อไปด้วย จักขอบคุณมาก 	นี้ให้ นางสาวปภาดา ชำนิกุล
เรียน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ ขอแสดงความนับถือ	
1	เพื่อโปรดทราบ ผู้เก็ปรดติจารณา	luxar-
1	เห็นควรมอบ _ วาน งรุว คาง (นายอดุลย์ หาญชิงชัย)	1912
	อื่นๆ สาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ	egs.
	หมายเหตุ (๑) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ NKO มิหรื	(นายราเชษฎ เชิงพนม)
	(๒) ให้ระบุส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง ผู้อ้าน	เวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
	(๓) ให้ระบุชื่อข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล	1 7 ต.ค. 2565
	(๓.๑) เลขที่ประจำตัวประชาชน ของข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรัช	บเงินค่ารักษาพยาบาล
	(๓.๒) ให้ระบุรหัสหน่วยงานที่ออกหนังสือรับรองโดยใช้รหัสหน่วยงานตามเอกสารงบประมาณที่สำนักงบประม	าณกำหนดของแต่ละปึ่งบประมาณ
	 ๔) ให้ระบุชื่อบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล พร้อมเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก (๔.๔) เลขที่ของหนังสือเดินทาง (๔.๒) 	๑) หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/
	(๕) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยการาชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค	ก่ารักษาพยาบาล
	(๕.๑) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรัก	บเงินค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย
	๖) กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเอง ให้ระบุสถานที่เบิกเงินว่าเป็นกรมบัญชีกลาง สำนักงานคลังจังหวัด หรือสำนั	นักงานคลังจังหวัด ณ อำเภอใด
	(๗) กรณีส่วนราชการเจ้าสังกัดเป็นผู้เบิกเงินให้ ให้ทำเครื่องหมายในช่อง 🛛 ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาร	3

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล ลงในช่อง 🔲 พร้อมทั้งกรอกข้อความ โปรดทำเครื่องหมาย 🗸

		21	0	9/ 1	
ത.	เสนอ	ผูชวยสาธ	ารณสุขอำ	เภออรัญประเท	M

 เสนอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ
ข้าพเจ้า นางสาวปภาดา ชำนิกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน ๑-๓๓๑๐-๐๐๑๔๙-๘๑-๗
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ กระทรวง/จังหวัด สระเ
มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ
🦳 ข้าพเจ้า
คู่สมรส ชื่อ
🔲 บิดา ชื่อ
ามารดา ชื่อ
เกิดเมื่อ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) ๑ เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) ๒
🗸 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
🔲 เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู
ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน ๑-๒๗๙๘-๐๐๔๕๓-๖๙-๑ หรือเลขที่ประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง -
และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โรงพยาบาลอรัญประเทศ
ที่ตั้ง ๔ ถนนสุวรรณศร ตำบล/แขวง อรัญประเทศ อำเภอ/เขต อรัญประเทศ จังหวัด สระแก้ว
ตั้งแต่วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาล สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าวตาบสิทธิ

ลงชื่อ ชากาด ซ้ำฉิกุล (นางสาวปภาดา ซ้ำนิกุล)

วันที่ ๓ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๒. เสนอ สาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ

ขอรับรองว่า ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(นายสมาน ผลาหาร)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๓ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

หมายเหตุ

- ๑. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกบำนาญเบี้ยหวัด
- เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล