

**คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล**  
**(ใช้เฉพาะในการลงทะเบียนโครงการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก โรคเรื้อรัง)**  
**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความ**

1. เสนอ .....

ข้าพเจ้า ..... เลขที่ประจำตัวประชาชน

□ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ - □

ตำแหน่ง ..... สังกัด ..... กระทรวง/จังหวัด .....

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า .....

☐ คู่สมรส ชื่อ .....

☐ บิดา ชื่อ .....

☐ มารดา ชื่อ .....

☐ บุตร ชื่อ .....

เกิดเมื่อ .....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) .....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู ซึ่ง

มีเลขที่ประจำตัวประชาชน

□ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ - □

หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง ..... และมีความประสงค์

จะลงทะเบียนโครงการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ณ สถานพยาบาล

ที่ตั้ง ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ .....

( ..... )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

2. เสนอ .....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าการผู้ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด

2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล