

แบบสำรวจผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า..... เลขที่บัตรประชาชน.....

สังกัดกอง/โรงเรียน/รพ.สต.....ตำบล.....อำเภอ.....

เอกสารประกอบสำหรับการขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและผู้ใช้สิทธิร่วม

๑. ข้าราชการเจ้าของสิทธิ : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. บิดามารดา : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. สามี/ภรรยา : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาทะเบียนสมรส
๔. บุตร (มารดาเป็นผู้เบิก) : สูติบัตรของบุตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน
(บิดาเป็นผู้เบิก) : สำเนาทะเบียนสมรส และ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร หรือ
: ทะเบียนรับรองบุตร และ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร

มีความประสงค์ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลและผู้ใช้สิทธิร่วมโดยขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว
มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น
กระทรวงมหาดไทย พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

๑.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

๒.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

๓.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

๔.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

๕.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

๖.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

๗.ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

ลงชื่อ.....(ผู้มีสิทธิ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร.