ใบคำขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

วันที่ขอใช้สิทธิ ..../........./..............

เวลาที่ขอใช้สิทธิ ....น.

เรียน โรงพยาบาล/ สถานพยาบาล..

เรื่อง ขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล (ผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ) …..

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือ เลขสิทธิที่กรมบัญชีกลางกำหนด คือ …..………………………………………………………………

อายุ ……... ปี ซึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ แผนก ☐ ผู้ป่วยนอกทั่วไป ☐ หน่วยไตเทียม ☐ หน่วยรังสีมะเร็ง เป็นจำนวนเงินรวมที่เบิกได้ทั้งสิ้น... บาท (……………………………………….………………..)

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.. กรณีผู้ใช้สิทธิอายุต่ำกว่า 7 ปี กรุณากรอกข้อมูล ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง คือ นาย/ นาง/ นางสาว …………………………….……………… และ เลขบัตรประชาชนผู้ปกครอง คือ ....

ลงชื่อ	ลงชื่อ ....
(..)	(..)
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ชื่อ-สกุล ผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

หมายเหตุ: ผู้ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ต้องผ่านการตรวจสอบสิทธิการใช้งาน และยืนยันสิทธิการใช้งานด้วยบัตรประชาชนตัวจริง/ สำเนาสูติบัตรทุกครั้งที่ใช้สิทธิ และกรุณาตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของบัตรประชาชน/ สำเนาสูติบัตร และผู้ใช้สิทธิทุกครั้ง