

**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล**  
**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความ**

1. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า
- คู่สมรส ชื่อ .....
- บิดา ชื่อ .....
- มารดา ชื่อ .....
- บุตร ชื่อ .....
- เกิดเมื่อ .....
- เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โรงพยาบาลบางพลี

ที่ตั้ง เลขที่ 88/1 หมู่ 8 ตำบลบางพลีใหญ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวเต็มจำนวน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ขอรับรองว่า ข้าราชการผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชา หรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด
2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล