

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกรายการ

โรค _____

เงินเดือน _____

๑. เรียน _____

เบอร์โทร _____

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____ หมายเลขรับเงินเดือน _____

_____ แผนก _____ กอง _____ ฝ่าย/สำนัก _____

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษายาบาล

☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรส ชื่อ _____☐ บิดา ชื่อ _____ ☐ มารดา ชื่อ _____☐ บุตร ชื่อ _____ ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ

เสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล _____

อยู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ ตั้งแต่วันที่ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามระเบียบว่าด้วยการรักษายาบาลพนักงานเมื่อเจ็บป่วยสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าว

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า ถ้าหากการทำเรื่องแห่งประเทศไทยจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเป็นจำนวนมากกว่าสิทธิที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ ข้าพเจ้าจะชดใช้เงินคืนภายใน ๑๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบ ถ้าหากข้าพเจ้าไม่ชดใช้เงินคืนภายในกำหนดดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้การทำเรื่องแห่งประเทศไทยหักเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากการทำเรื่องแห่งประเทศไทยชดใช้จนครบถ้วน

ลงชื่อ _____

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

๒. เรียน _____

ขอรับรองว่า พนักงานผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษายาบาล สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ _____

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดขึ้นหัวหน้าแผนกขึ้นไปหรือผู้เบิกเงินบำนาญ

2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล