แบบ 7129

**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| ฏ |
|  เสนอ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  |
|  |
|  |
|  ข้าพเจ้า.................................................................................เลขประจำตัวประชาชน................................................ |
|  ตำแหน่ง.............................................................................สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
|  มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ |
|  ตนเอง |
|  คู่สมรส ชื่อ................................................................................ |
|  บิดา ชื่อ................................................................................. |
|  มารดา ชื่อ................................................................................ |
|  บุตร ชื่อ................................................................................ |
|  เกิดเมื่อ................................................เป็นบุตรลำดับที่........................... |
|  ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  |
|  ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน ...............................................................หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ |
|  หนังสือเดินทาง...........................และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล......................................... |
|  ที่ตั้ง...........................................อำเภอ/เขต..................................................จังหวัด......................................... |
|  ตั้งแต่วันที่......................................ถึงวันที่........................................... |
|  |
|  |
|  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว |
|  ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ |
|  |
|  (ลงชื่อ).......................................................... |
|  (............................................................) |
|  วันที่...............เดือน..............................พ.ศ................. |
|  |

หมายเหตุ

ฏ

 เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

แบบ 7129

**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| ฏ |
|  เสนอ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  |
|  |
|  |
|  ข้าพเจ้า.................................................................................เลขประจำตัวประชาชน................................................ |
|  ตำแหน่ง.............................................................................สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
|  มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ |
|  ตนเอง |
|  คู่สมรส ชื่อ................................................................................ |
|  บิดา ชื่อ................................................................................. |
|  มารดา ชื่อ................................................................................ |
|  บุตร ชื่อ................................................................................ |
|  เกิดเมื่อ................................................เป็นบุตรลำดับที่........................... |
|  ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  |
|  ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน ...............................................................หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ |
|  หนังสือเดินทาง...........................และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล......................................... |
|  ที่ตั้ง...........................................อำเภอ/เขต..................................................จังหวัด......................................... |
|  ตั้งแต่วันที่......................................ถึงวันที่........................................... |
|  |
|  |
|  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว |
|  ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ |
|  |
|  (ลงชื่อ).......................................................... |
|  (............................................................) |
|  วันที่...............เดือน..............................พ.ศ................. |
|  |

หมายเหตุ

ฏ

 เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ