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