



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

ที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอนหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน หัวหน้างานคลัง

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....

สังกัด..... มีความประสงค์จะขอนหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
สำหรับการรักษาพยาบาล

- ข้าพเจ้า อายุ ปี
- คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล..... อายุ ปี
- บิดา ชื่อ-นามสกุล..... อายุ ปี
- มารดา ชื่อ-นามสกุล..... อายุ ปี
- บุตร ชื่อ-นามสกุล..... อายุ ปี

เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่..... ของบิดา ของมารดา

(ยังไม่บรรลุนิติภาวะ/เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งในอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู)
ซึ่งมีเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง.....
และได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง..... ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล ตามพระราช
กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการข้างต้นเป็นข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบถูกต้องแล้ว และเป็นรายชื่อของข้าพเจ้าจริง”

ลงนาม ผู้ขอใช้บริการ

(.....)

วันที่...../...../.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าผู้ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
รักษายาบาลตามสิทธิสมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงนาม ผู้รับรอง

(.....)

หมายเหตุ เวลาการให้บริการ วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 9.00 น. – 15.00 น. โดยงานคลัง
จะดำเนินการให้ภายใน 2 วัน (ไม่นับวันหยุดราชการ)