

ข้อมูลผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
๒. อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
๓. เพศ.....ศาสนา.....
๔. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
๖. ประเภท

นายกเทศมนตรี พ. ☐ เทศบาล ☐ ลูกจ้างประจำ

☐ ข้าราชการบำนาญ พ. ☐ นครเทศบาล

๗. วันที่เริ่มรับราชการ.....

ข้อมูลผู้ใช้สิทธิร่วม

- บิดา ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....
- มารดา ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....
- คู่สมรส ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....

*เลขทะเบียนสมรส.....

บุตร

๑. ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....
๒. ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....
๓. ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....

บุตรผู้ไร้ความสามารถ

๑. ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....

ขอรับรองว่าข้อมูลนี้เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอใช้สิทธิ
()

ตรวจสอบข้อมูลแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองข้อมูล
()

ตำแหน่ง ผอ.สำนัก/กอง