

คำขอมิบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง.....สังกัดกรม มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวง ศึกษาธิการ

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง

ค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ

คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....

เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน  หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว/

เลขที่หนังสือเดินทาง.....เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน

ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำนาญ

ข้าพเจ้า.....นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำนาญ

ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ.....แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว

ของ..... กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้

ลงชื่อ.....

นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำนาญ