แบบ 7142

**คำขอมีบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

|  |
| --- |
|  |
| เสนอ............................................................................ |
|  |
| ข้าพเจ้า........................................................เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□ |
| ตำแหน่ง...............................................สังกัดกรม..................................................กระทรวง..................................... |
| จังหวัด............................................... |
| มีความประสงค์ขอให้ส่วนราชการออกบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายตรง |
| ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกของ |
| □ คู่สมรส ชื่อ.......................................................................... |
| □ บิดา ชื่อ.......................................................................... |
| □ มารดา ชื่อ.......................................................................... |
| □ บุตร ชื่อ.......................................................................... |
| เกิดเมื่อ.....................................................เป็นบุตรลำดับที่................ |
| □ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ □ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ |
| ซึ่งมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□ หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว |
| /เลขที่หนังสือเดินทาง.................................................เนื่องจากบุคคลดังกล่าวไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน |
| ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน |
|  |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกา |
| เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ |
|  |
| (ลงชื่อ)..................................................... |
| (....................................................) |
| วันที่............เดือน.............................พ.ศ.............. |
|  |
| สำหรับนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ |
|  |
| ข้าพเจ้า..................................................................นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ  ข |
| ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของ........................................................ แล้ว มีสถานะเป็นบุคคลในครอบครัว |
| ของ............................................................กรณีดังกล่าวจึงสามารถออกบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้ |
|  |
| ลงชื่อ.................................................................. |
| นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนผู้รับบำเหน็จบำนาญ |

**หมายเหตุ**

ก

เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

ก

ซื่อบุคคลในครอบครัว

ข

**แบบบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**(ด้านหน้า)**

**เลขประจำตัวของผู้ถือบัตร**

………………………………………….....………

**ชื่อ**..........................................................

หมู่โลหิต..........

รูปถ่าย

2.5 x 3 ซม.

ตร

(นางสาวพิมพ์ชนก วอนขอพร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า

**ผู้ออกบัตร**

เกิดวันที่ / / .

**บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**ให้ไว้แสดงว่าบุคคลที่ถือบัตรนี้เป็นบุคคล**

**ในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่สามารถใช้สิทธิในระบบ**

**เบิกจ่ายตรงได้**

**วันออกบัตร / / วันหมดอายุ / / .**

**บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**ให้ไว้แสดงว่าบุคคลที่ถือบัตรนี้เป็นบุคคล**

**ในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่สามารถใช้สิทธิในระบบ**

**เบิกจ่ายตรงได้**

**วันออกบัตร / / วันหมดอายุ / / .**

**บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**ให้ไว้แสดงว่าบุคคลที่ถือบัตรนี้เป็นบุคคล**

**ในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่สามารถใช้สิทธิในระบบ**

**เบิกจ่ายตรงได้**

**วันออกบัตร / / วันหมดอายุ / / .**

**(ด้านหลัง)**

**บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ**

**ให้ไว้แสดงว่าบุคคลที่ถือบัตรนี้เป็นบุคคล**

**ในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่สามารถใช้สิทธิในระบบ**

**เบิกจ่ายตรงได้**

**วันออกบัตร......./........../........วันหมดอายุ......./......../........**

**หมายเหตุ**

ในกรณีเด็กที่มีอายุไม่เกิน 7 ปี ให้ใช้เลขประจำตัวประชาชน สำหรับบิดามารดาหรือคู่สมรสของผู้มีสิทธิ ให้ใช้เลขประจำตัวคนต่างด้าว 13 หลัก หรือเลขประจำตัวที่กรมบัญชีกลางกำหนด 13 หลัก แล้วแต่กรณี