

แบบฟอร์มข้อมูลผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลข้อมูลข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

ตำแหน่ง

โรงเรียน

วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐

เริ่มรับราชการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เกษียณอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้อมูลผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. คู่สมรส (ตามกฎหมายและไม่ใช่ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายจากส่วนราชการอื่นได้)

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐

2. บิดา/มารดาบิดา

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐

มารดา

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐

๑/๒๖ (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

คนที่ 1

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐
บรรลุนิติภาวะ (ครบ 20 ปีบริบูรณ์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คนที่ 2

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐
บรรลุนิติภาวะ (ครบ 20 ปีบริบูรณ์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คนที่ 3

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐
บรรลุนิติภาวะ (ครบ 20 ปีบริบูรณ์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : แนวนเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ สำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้มีสิทธิ์ทุกคน พร้อมรับรองสำเนา