

# คำร้อง

## ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล (สปสช.)

วันที่.....

ส่วนที่ ๑ : ผู้ยื่นคำร้อง

เรื่อง .....

เรียน ผู้อำนวยการกองเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....สังกัด.....

องค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก มีความประสงค์ขอดำเนินการผู้มีสิทธิเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาล (สปสช.) ดังนี้

**เพิ่มสิทธิ :** (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ช่อง)

ตนเอง  บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตร  บุตรไร้ความสามารถ

**ยกเลิกสิทธิ :** (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ช่อง)

ตนเอง  บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตร  บุตรไร้ความสามารถ

เหตุผลในการขอยกเลิกสิทธิ .....

**แก้ไขข้อมูลผู้มีสิทธิ** (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ช่อง)

ตนเอง  บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตร  บุตรไร้ความสามารถ

โดยมีการแนบเอกสารเพื่อประกอบการขอเพิ่ม/ยกเลิก และแก้ไขผู้มีสิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล (สปสช.) ดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาทะเบียนสมรส  
 สำเนาทะเบียนบ้าน  สำเนาสูติบัตร  สำเนาการเปลี่ยนชื่อ - สกุล

\*\*\*หมายเหตุ : สำเนาเอกสารจะต้องแยกตามบุคคล พร้อมเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับ

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำร้อง

วันที่...../...../.....

<p><b>ส่วนที่ ๒ : ผู้ตรวจรับเอกสาร</b></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน    <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส    <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาการเปลี่ยนชื่อ - สกุล    <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับเอกสาร (.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p> <p><b>ส่วนที่ ๓ : ผู้ตรวจ</b></p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ (.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>	<p><b>ส่วนที่ ๔ : ผู้พิจารณา</b></p> <p>ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา (.....)</p> <p>ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
---	--