

บัญชีรายชื่อบุคลากรยกเลิกสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สวัสดิการรักษายาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา.....

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	บัตรประชาชน 13 หลัก	วัน/เดือน/ปี เกิด	เพศ	สัญชาติ	ศาสนา	ประเภท.ชรก	ความสัมพันธ์	สาเหตุ การหมดสิทธิ	ว/ด/ป ที่มีหมดสิทธิ เบิกค่ารักษาพยาบาล	ชื่อ-สกุล เจ้าของสิทธิ			เบอร์โทรติดต่อ	หมายเลขบัตรประจำตัว ประชาชนเจ้าของสิทธิ
													คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2557

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ/ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ

กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และพิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

กรุณาอ่านคำอธิบายการกรอกข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ก่อนดำเนินการกรอกข้อมูล ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมแบบฟอร์มนี้

สาเหตุ * ออกจากราชการ/เกษียณ(บำเหน็จ)/หมดวาระทุกกรณี/เสียชีวิตทุกกรณี/หย่า/อื่นๆ