



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่..... / วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งเพิ่มชื่อ ถอนชื่อ ผู้มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล.....

เรียน นายทะเบียนระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองน่าน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....มีความประสงค์

() ขอเพิ่มชื่อ () ขอถอนชื่อ ผู้มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

๑. (ชื่อ-สกุล).....เกิดวันที่.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

เพศ () ชาย () หญิง เชื้อชาติ () ไทย () อื่น ๆ

สัญชาติ () ไทย () อื่น ๆ

สถานภาพการมีชีวิต () มีชีวิตอยู่ () เสียชีวิต

สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หย่า () อื่น ๆ

ความสัมพันธ์กับเจ้าของสิทธิ

() บิดา () มารดา () บุตร () ภรรยา () สามี () อื่น ๆ

ปัจจุบันใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ประกันสังคม () กรมบัญชีกลาง () อื่น ๆ

๒. (ชื่อ-สกุล).....เกิดวันที่.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

เพศ () ชาย () หญิง เชื้อชาติ () ไทย () อื่น ๆ

สัญชาติ () ไทย () อื่น ๆ

สถานภาพการมีชีวิต () มีชีวิตอยู่ () เสียชีวิต

สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หย่า () อื่น ๆ

ความสัมพันธ์กับเจ้าของสิทธิ

() บิดา () มารดา () บุตร () ภรรยา () สามี () อื่น ๆ

ปัจจุบันใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ประกันสังคม () กรมบัญชีกลาง () อื่น ๆ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)

(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับ/เจ้าของสิทธิ ต้องแนบเอกสารหลักฐานที่แสดงเหตุแห่งการเพิ่มชื่อ ถอนชื่อ เช่น คำสั่งบรรจุแต่งตั้ง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน, สูติบัตร, มรณบัตร, หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส เป็นต้น

๓. (ชื่อ-สกุล)..... เกิดวันที่.....
หมายเลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่.....

เพศ () ชาย () หญิง เชื้อชาติ () ไทย () อื่น ๆ
สัญชาติ () ไทย () อื่น ๆ
สถานภาพการมีชีวิต () มีชีวิตอยู่ () เสียชีวิต
สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หย่า () อื่น ๆ
ความสัมพันธ์กับเจ้าของสิทธิ
() บิดา () มารดา () บุตร () ภรรยา () สามี () อื่น ๆ
ปัจจุบันใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ประกันสังคม () กรมบัญชีกลาง () อื่น ๆ

๔. (ชื่อ-สกุล)..... เกิดวันที่.....
หมายเลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่.....

เพศ () ชาย () หญิง เชื้อชาติ () ไทย () อื่น ๆ
สัญชาติ () ไทย () อื่น ๆ
สถานภาพการมีชีวิต () มีชีวิตอยู่ () เสียชีวิต
สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หย่า () อื่น ๆ
ความสัมพันธ์กับเจ้าของสิทธิ
() บิดา () มารดา () บุตร () ภรรยา () สามี () อื่น ๆ
ปัจจุบันใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ประกันสังคม () กรมบัญชีกลาง () อื่น ๆ

๕. (ชื่อ-สกุล)..... เกิดวันที่.....
หมายเลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่.....

เพศ () ชาย () หญิง เชื้อชาติ () ไทย () อื่น ๆ
สัญชาติ () ไทย () อื่น ๆ
สถานภาพการมีชีวิต () มีชีวิตอยู่ () เสียชีวิต
สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หย่า () อื่น ๆ
ความสัมพันธ์กับเจ้าของสิทธิ
() บิดา () มารดา () บุตร () ภรรยา () สามี () อื่น ๆ
ปัจจุบันใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ประกันสังคม () กรมบัญชีกลาง () อื่น ๆ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)
(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับ/เจ้าของสิทธิ ต้องแนบเอกสารหลักฐานที่แสดงเหตุแห่งการเพิ่มชื่อ ถอนชื่อ เช่น คำสั่งบรรจุแต่งตั้ง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน, สูติบัตร, มรณบัตร, หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส เป็นต้น

เรียน นายทะเบียนระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สังกัด เทศบาลเมืองน่าน
กองการเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบหลักฐานเบื้องต้นแล้ว เห็นควรพิจารณาดำเนินการ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

เพื่อให้เกิดสิทธิการรักษาพยาบาลต่อไป

ความเห็นของนายทะเบียน

() อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

(.....)

นายทะเบียน

บันทึกข้อมูลในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

บันทึกข้อมูล