

แบบแสดงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
สำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่..... เดือน.....พ.ศ.
มีความประสงค์

ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

โดยข้าพเจ้า

ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่นทั้งของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน

มีสิทธิได้รับค่ารักษายาบาล หรือได้รับการช่วยเหลือค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานของรัฐ
รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน

ชื่อหน่วยงาน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

และได้ขอสละสิทธิการได้รับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว โดยได้แนบหนังสือ
ขอสละสิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น (เอกสารหมายเลข ๒) และหนังสือระงับ
การใช้สิทธิการรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลจาก (หน่วยงานต้นสังกัดเดิม) มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล จากหน่วยงานของรัฐ
รัฐวิสาหกิจหรือเอกชน ไม่ว่าในฐานะผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิแต่อย่างใด

ไม่ขอใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

(.....)

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

สำนักการคลังและงบประมาณ

กลุ่มงานสวัสดิการ

โทร. ๐๒ ๒๔๔ ๒๒๘๘ , ๒๒๕๑

โทรสาร. ๐๒ ๒๔๔ ๒๒๙๐