

**แบบรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือการยกเว้นค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ
ของญาติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง**

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ตำแหน่ง.....ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....
สังกัด โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
ขอรับรองว่า.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
มีความเกี่ยวข้องเป็น(สามี/ภรรยา).....ของข้าพเจ้าจริง จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการยกเว้น
ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษสำหรับญาติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว
เท่านั้น ส่วนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ใช้ในกรณีเป็นสามีหรือภรรยาที่ไม่ได้รับการจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น

งานประกันสุขภาพ (ศูนย์สิทธิ) โทร ๐๓๘-๓๕๒๙๗๔ (ต่อ) ๔๐๐๙