

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่ สธ.0203.081/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

29 ม.4 ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

เมษายน 2548

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ด้วย ..... แจ้งว่า - เลขที่ประจำตัวประชาชนหรือเลขที่บัตร  
ประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง อายุ.....ปี ซึ่งเป็น - ได้เข้ารับการ  
รักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิ  
รับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า ..... เลขที่ประจำตัวประชาชน  
.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ส่วนราชการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็น -  
ของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้

โปรด



วางฎีกาขอเบิกเงินหรือขอรับเงินจาก กรมบัญชีกลาง



ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7102) ไปเพื่อเบิกเงินชำระหนี้ให้

.....ต่อไปด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

งานบริหารทั่วไป

โทร.ชลบุรี 038-275663 ต่อ 103

โทรสาร 038-274245