

แบบแจ้งการเลือกสิทธิและเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

เขียนที่

วันที่

เสนอ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล ตำแหน่ง

สังกัดกรม จังหวัด หน่วยเบิก มีความประสงค์ขอ

- | | | |
|--|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> แจ้งการเลือกสิทธิ | ประสงค์เลือกสิทธิ | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ |
| | | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| | | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) |

 เปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิ

- | | | | |
|-----|---|------|---|
| จาก | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ | เป็น | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ |
| | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) | | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) |

เพื่อให้นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนบำเหน็จบำนาญบันทึกข้อมูลการเลือก/เปลี่ยนแปลงสิทธิ
 ในฐานะข้อมูลบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลางให้เป็นปัจจุบัน ตามมาตรา 10 วรรคแรก แห่งพระราชกฤษฎีกา
 เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งเป็นจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้กรมบัญชีกลางเปิดเผยหรือให้ข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการ
 ด้านสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การแพทย์ และการเบิกจ่ายเงินประเภทต่างๆ ที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบ

ลงชื่อ ผู้ยื่นแบบ

(.....)

หมายเหตุ 1. โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่เลือก

2. เสนอหัวหน้าส่วนราชการระดับกรม หรือหัวหน้าหน่วยงานในส่วนภูมิภาค