



ที่ ศธ/.....

ที่อยู่ของส่วนราชการ.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย แจ้งว่า เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

อายุ ปี เกี่ยวข้องโดยเป็น ซึ่งเป็นผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยใน ณ
สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อายุ ปี
ตำแหน่ง สังกัดกรม รหัสหน่วยงาน กระทรวง
..... เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย

และขอได้โปรด

___ วางฎีกาขอเบิกเงินจาก กรมบัญชีกลาง

___ ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7102/1) ไปเพื่อเบิกเงินชำระหนี้ให้ต่อไปด้วยจัก

ขอขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่ม.....

งาน.....

โทร.....