

แบบลงทะเบียนสวัสดิการสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลราชวิถี

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
 พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงฯ ลูกจ้างชั่วคราว
 เจ้าหน้าที่เกษียณอายุราชการ (เป็นผู้ที่รับบำเหน็จไม่เกิน ๑ ปี)

ตำแหน่ง..... กลุ่มงาน / ฝ่าย.....

หมายเลขโทรศัพท์ภายใน..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอใช้สวัสดิการสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลราชวิถี ดังนี้

- | | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------|-----------|----|
| <input type="checkbox"/> บิดา | <input type="checkbox"/> มารดา | ชื่อ - นามสกุล..... | อายุ..... | ปี |
| <input type="checkbox"/> สามี | <input type="checkbox"/> ภรรยา | ชื่อ - นามสกุล..... | อายุ..... | ปี |
| <input type="checkbox"/> บุตร ลำดับที่ ๑ | ชื่อ - นามสกุล..... | อายุ..... | ปี | |
| | ลำดับที่ ๒ ชื่อ - นามสกุล..... | อายุ..... | ปี | |
| <input type="checkbox"/> ตนเอง | | อายุ..... | ปี | |

เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด พร้อมนี้ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอใช้สิทธิ

(.....)

เอกสารแนบ

๑. สำเนาบัตรประชาชน - ลูกจ้างประจำ สำหรับเจ้าหน้าที่ประเภทข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ สำหรับเจ้าหน้าที่ประเภทพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงฯ ลูกจ้างชั่วคราว
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร สำหรับเจ้าหน้าที่เกษียณอายุราชการ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร สำหรับบุคคลในครอบครัวที่ใช้สิทธิ
๕. สำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์การเป็นญาติสายตรงกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
๖. แบบยกเลิกสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลราชวิถีสำหรับบุคคลในครอบครัวเจ้าหน้าที่

ความคิดเห็นหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย.....
(ลงชื่อ)..... หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย

เรียน ผู้อำนวยการ

งานสวัสดิการและบุคลากรสัมพันธ์ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ได้
 ตรวจสอบแล้วเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เห็นควรเสนอ
 คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการพิจารณา

ดำเนินการ (ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ

ผู้อำนวยการ

แบบยกเลิกสวัสดิการสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลราชวิถี

วันที่.....

เรื่อง ขอยกเลิกสวัสดิการสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลราชวิถี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
 พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงฯ ลูกจ้างชั่วคราว

ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน / ฝ่าย.....

หมายเลขโทรศัพท์ภายใน.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกสวัสดิการสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลของบุคคลดังนี้ เนื่องจากข้าพเจ้าพ้นสภาพ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี

- บิดา มารดา ชื่อ - นามสกุล..... อายุ.....ปี
 สามี ภรรยา ชื่อ - นามสกุล..... อายุ.....ปี
 บุตร ลำดับที่ ๑ ชื่อ - นามสกุล..... อายุ.....ปี
 ลำดับที่ ๒ ชื่อ - นามสกุล..... อายุ.....ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้ยกเลิก

(.....)

เรียน หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพ

เพื่อโปรดดำเนินการยกเลิกสวัสดิการสิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลราชวิถีของบุคคลตามรายละเอียด
ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....

(นายเกษมสันต์ สารภี)

หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล