



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองการเจ้าหน้าที่

☎ 2053

E-mail: personnel@group.psu.ac.th

ที่ มอ 026/ 0462

วันที่ ๕๗ มกราคม 2556

เรื่อง การขยายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนญาติสายตรง

เรียน อธิการบดี ผ่านรองอธิการบดี

ตามที่ประชุมหารือเรื่องการเข้ารับการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2555 ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย รองอธิการบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และงานสวัสดิการ ที่ประชุมมีมติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จะขยายสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ บุคลากรที่เกษียณอายุราชการ และญาติสายตรงบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในทุกวิทยาเขต สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิ และขอลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังต่อไปนี้

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. สิทธิประกันสังคม และ
3. การลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษ เฉพาะบุคลากรมหาวิทยาลัย บุคลากรที่เกษียณอายุราชการและญาติสายตรง ไม่รวมถึงบุคลากรในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานไม่เกี่ยวเนื่องกับภารกิจของมหาวิทยาลัย สำหรับรายละเอียดและขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิตามเอกสารแนบ

สำหรับผู้ขอขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทั้งข้อ 1 และข้อ 2 ขอให้หน่วยงานต้นสังกัดรับรองความเป็นบุคลากร โดยดำเนินการผ่านงานสวัสดิการ กองการเจ้าหน้าที่ เพื่อตรวจสอบกลั่นกรองการผ่านสิทธิก่อนจัดส่งให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และสำนักงานประกันสังคมดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ เห็นสมควรแจ้งทุกคณะ/หน่วยงาน/ทุกวิทยาเขต เพื่อประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบโดยทั่วกัน

อธิการบดี

๒๒ ม.ค. ๕๖

ศิริลักษณ์ K

๒๒ ม.ค. ๕๖

ศิริลักษณ์ K

-ท.ว. + ๕๙

กมล

๒๕ ม.ค. ๕๖



สำคัญ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร.1011, 1012
ที่ มอ 390 (1) / 928

วันที่ 25 ธันวาคม 2555

เรื่อง การขยายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนญาติสายตรง

เรียน อธิการบดี ผ่าน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

กองกลาง
สำนักงานอธิการบดี
รับที่ 916
วันที่ 27 ธ.ค. 55
เวลา 14.40 น.
กองการเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ 7186
วันที่ 28 ธ.ค. 2555
เวลา

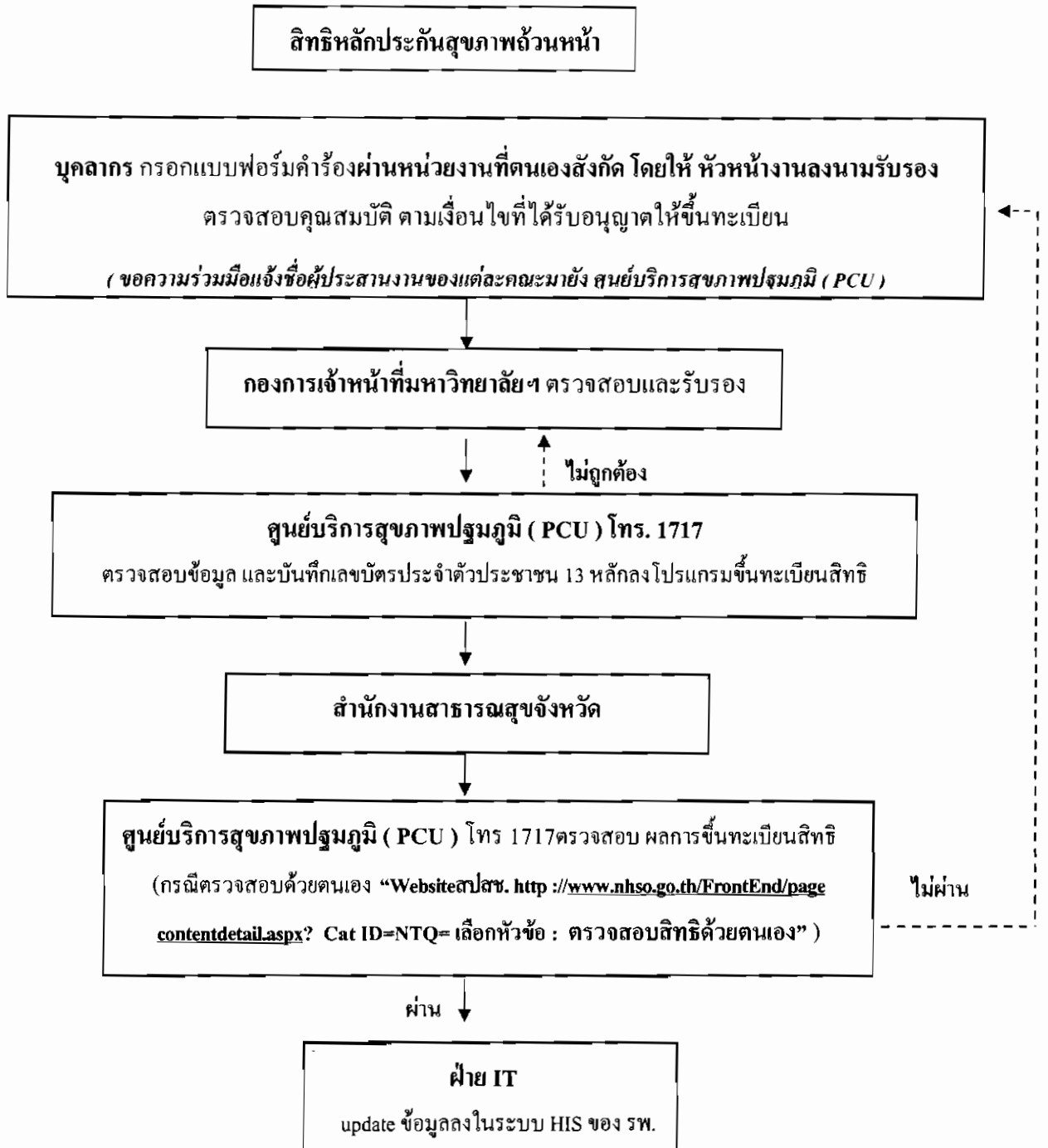
จากสภาพปัญหาขาดแคลนบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพ สาเหตุหนึ่งเกิดจากความไม่เท่าเทียมในเรื่องสิทธิสวัสดิการด้านการรักษายาบาลระหว่างข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานเงินรายได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อภารกิจหลักของหลายหน่วยงาน

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนและเพื่อเป็นสวัสดิการแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้เกษียณอายุราชการ รวมถึงญาติสายตรง สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคมได้ โดยมีขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิและการลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษ ดังนี้

ก.) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

ประเภทบุคลากร	ตนเอง		ญาติสายตรง	
	ประกันสังคม	บัตรทอง	ประกันสังคม	บัตรทอง
บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และญาติสายตรง				
๑ บุคลากรมหาวิทยาลัย ฯ ที่ปฏิบัติงานอยู่ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานเงินรายได้ พนักงานมหาวิทยาลัย ฯ)				
1.1 ต่ำกว่า ระดับปริญญาตรี			✓	อายุงาน 3 ปี ขึ้นไป
1.2 ปริญญาตรีทั่วไป	✓	ตั้งแต่วัน บรรจุ		
1.3 ปริญญาโท		-	✓	อายุงาน 1 ปี ขึ้นไป
1.4 ปริญญาเอก / วุฒิบัตร				
๒ บุคลากรมหาวิทยาลัย ฯ ที่เกษียณอายุราชการ / ลาออก				
2.1 เกษียณอายุราชการ 60 ปี	✓	ปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป	✓	ปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป
2.2 เกษียณอายุราชการก่อนกำหนด หรือลาออก				

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิ :-



เอกสารประกอบ :-

- | | |
|--|--------|
| 1. สำเนาบัตรบุคลากร / บัตรพนักงานมหาวิทยาลัย / บัตรข้าราชการ
หรือ หนังสือรับรองบุคลากรเกษียณอายุราชการตามกำหนด / ก่อนกำหนด / ลาออก | 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาสูติบัตรผู้ขอขึ้นทะเบียน | 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน | 1 ฉบับ |
| 4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคองหงส์ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขต
เทศบาลคองหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย /นาง / นางสาว /ค.ญ. / ค.ช.
ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” | 1 ฉบับ |
| 5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา | |
| 6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล (กรณีมี) | 1 ฉบับ |

สิทธิประกันสังคม

บุคลากร กรอกแบบฟอร์มคำร้องผ่านหน่วยงานที่ตนเองสังกัด ให้หัวหน้างานลงนามรับรอง ตรวจสอบคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนสิทธิ Online ของแต่ละคณะ

งานการเจ้าหน้าที่แต่ละคณะ หรือ กองการเจ้าหน้าที่
ตรวจสอบเอกสาร พร้อมขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคมผ่านระบบ Online ของแต่ละคณะ

ตัวจริง

สำเนา

สำนักงานประกันสังคม

- ขึ้นทะเบียนสิทธิและออกบัตรผู้ประกันตน
- ส่งบัตรผู้ประกันตน ให้แต่ละคณะตามรายชื่อที่บุคลากรท่านนั้นสังกัดอยู่

เวชระเบียน / ฝ่าย IT คณะแพทยศาสตร์

- Update ข้อมูลในระบบ HIS เพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนรายใหม่ ทุกวันที่ 1 และ 16 ของเดือน

ข.) การลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษ เฉพาะบุคลากรคณะต่าง ๆ ที่ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และญาติสายตรง ผู้เกษียณอายุราชการ **ไม่รวม** ถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเนื่องกับภารกิจของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และชุมชนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประเภท	ลดหย่อนค่าห้องพิเศษ (ไม่รวมค่าอาหาร)
1. ตนเอง	50 %
2. ญาติสายตรง	30 %

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ พร้อมนี้ได้แนบแบบฟอร์มคำร้องและคำแนะนำการขึ้นทะเบียนสิทธิมาด้วยแล้ว ทั้งนี้สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป และขอความกรุณาแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องของคณะ / หน่วยงานต่าง ๆ ทราบด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชิต เพชรพิเชฐเชียร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

15/11/2564

110/110/110/110

110/110/110/110

110/110/110/110

สำเนาเรียน : - ทีมบริหาร รพ.

- งานเวชระเบียน

- งานการเจ้าหน้าที่

- งานเงินรายได้

- งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย

- ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....

ประวัติบุคลากร

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสบุคลากร.....

หน่วยงานที่สังกัด.....คณะ.....เบอร์โทรฯ.....

เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ร่วมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

- บิดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- มารดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- สามี/ภรรยา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริง ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน
(.....)

หัวหน้างานผู้ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น/รับรอง

- [] บุคลากรมีสิทธิตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด [] เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

การจ้างงาน [] จ้างต่อ [] ยกเลิกการจ้าง [] อื่นๆ.....

การอนุมัติขึ้นทะเบียน [] อนุมัติ [] อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1.1 กรณีบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร

1. สำเนาบัตรบุคลากร/บัตรพนักงานมหาวิทยาลัย/บัตรข้าราชการ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชน /สำเนาสูติบัตรผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคอหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคอหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย, นาง, นางสาว, ค.ณ., ค.ช. ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (กรณีมี) 1 ฉบับ

1.2 กรณีบุคลากรเกษียณอายุราชการ/เกษียณอายุราชการก่อนกำหนดและลาออก

1. หนังสือรับรองบุคลากรเกษียณอายุ/ลาออก จากการเจ้าหน้าที่ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคอหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคอหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย, นาง, นางสาว ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (กรณีมี) 1 ฉบับ

หมายเหตุ: เอกสารกรณาลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

1.3 การตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยตนเอง

สามารถตรวจสอบได้จาก website สปสช <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NTQ=> เลือกหัวข้อ: ตรวจสอบสิทธิด้วยตนเอง

1. ทราบสิทธิปัจจุบันที่ถือครอง ตรวจสอบชื่อ สกุลที่ถูกต้อง
2. ตรวจสอบการได้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังจากขอขึ้นทะเบียนสิทธิ 1 เดือน
3. กรณีตรวจสอบสิทธิ และพบว่าไม่มีสิทธิประกันสังคม แต่ปัจจุบันหมดสิทธิประกันสังคมแล้ว ต้องติดต่อสำนักงานประกันสังคม เพื่อดำเนินการปลดสิทธิประกันสังคมก่อน จึงสามารถขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
4. กรณีตรวจสอบสิทธิ และพบว่าไม่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยที่ตนเอง หรือบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ไม่มีสิทธิดังกล่าว ให้ติดต่อที่หน่วยงานต้นสังกัดเดิม เพื่อดำเนินการแจ้งไปส่วนกลาง หากไม่สามารถไปติดต่อส่วนราชการที่เดิมที่ลาออกได้ ให้นำเอกสาร ได้แก่ หนังสืออนุมัติการลาออกจากราชการของตนเอง หรือญาติสายตรงที่เกี่ยวข้อง ติดต่อที่ศูนย์บริการสุขภาพปทุมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประสานงานดำเนินการปลดสิทธิก่อน



แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สปส. 9-02

เลขที่รับ
วันที่ เวลา

สำนักงานประกันสังคม

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน [][][][][][][][][][][][] เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี [][][][][][][][][][][] ลำดับที่สาขา [][][][][][][]

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

[][][][][][][][][][][]
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ

[][][][][][][][][][][]
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ

[][][][][][][][][][][]
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

[][][][][][][][][][][]
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เหตุผล เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ บัตรฉบับเดิม หลักฐานการย้ายที่อยู่

อื่นๆ (ระบุ)

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม

บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย

อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

4. การรับบัตร

ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ

ขอรับบัตรด้วยตนเอง

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับบัตร

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล

.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)..... ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
 พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานคณะแพทยศาสตร์ ตำแหน่ง.....สังกัด
ภาควิชา/หน่วยงาน.....เริ่มบรรจุรับราชการเมื่อวันที่.....
จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน มีความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 6..... เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยได้แนบบรายละเอียดเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านบุคลากร | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง |
| <input type="checkbox"/> บัตรรับรองสิทธิตัวจริง | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... | |

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันตน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หัวหน้างานกรเจ้าหน้าที่/ผู้แทน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (รองคณบดี/ผู้ช่วยคณบดี)

(.....)



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.....
ที่ มอ วันที่

เรื่อง ขอรับรอง [] การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
[] ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

เรียน หัวหน้าหน่วยเงินรายได้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
สังกัด.....คณะ..... ได้ยื่นหนังสือรับรองการมีสิทธิเบิก

[] ค่ารักษาพยาบาล

[] ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

ของ.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น

[] ตนเอง

[] สามी/ภรรยา

[] บุตร

[] บิดา/มารดา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอใช้หนังสือนี้รับรองสิทธิ
ดังกล่าว

ลงชื่อ.....
(.....)

ส่วนของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง
ขอรับรองว่า..... เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานมหาวิทยาลัย
พนักงานราชการและพนักงานเงินรายได้ ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงาน.....
วันที่...../...../.....