

ขอใช้สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลพรหมพิราม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน..... สังกัดโรงพยาบาลพรหมพิราม มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์รับการช่วยเหลือ

ค่าห้องพิเศษ ตามมติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพรหมพิราม ครั้งที่ 12/2565 วันที่ 28 ธันวาคม 2565 เพื่อเป็นสวัสดิการสำหรับบุคลากร

สังกัดโรงพยาบาลพรหมพิราม ของ ตนเอง คู่สมรส บิดา มารดา บุตร (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ/บุตรไร้ความสามารถ หรือ

เสมือนไร้ความสามารถ) ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประชาชน.....

ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลพรหมพิราม ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นบุคลากร สังกัดโรงพยาบาลพรหมพิรามจริง

ลงชื่อ.....(ผู้ขอใช้สิทธิ)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การรับรองของหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งาน

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า.....

เป็นบุคลากรและยังปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบันในกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน.....จริง

ลงชื่อ หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งาน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ แผนกรับผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว

นาย/นาง/น.ส./ดช./ด.ญ.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

ที่แผนก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด แพทย์แผนไทย AN.....ตั้งแต่วันที่.....

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

การตรวจสอบสิทธิจากงานประกันสุขภาพ

สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ข้าราชการ..... ไม่เก็บส่วนเกินค่าห้องพิเศษ เก็บส่วนเกินค่าห้องพิเศษ 50 %

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

อนุเคราะห์ค่าห้องพิเศษ ตามมติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพรหมพิราม รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ความคิดเห็นผู้บังคับบัญชา

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ขอใช้สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

สสอ./รพ.สต.....สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์
 รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ ตามมติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพรหมพิราม ครั้งที่ 12/2565 วันที่ 28 ธันวาคม 2565 เพื่อเป็นสวัสดิการ
 สำหรับบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม ของ ตนเอง คู่สมรส บิดา มารดา บุตร (ยังไม่บรรลุนิติ
 ภาวะ/บุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ) ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
 ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลพรหมพิราม ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิรามจริง

ลงชื่อ.....(ผู้ขอใช้สิทธิ)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ แผนกผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว

นาย/นาง/น.ส./ดช./ด.ญ.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน
 ที่แผนก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด แพทย์แผนไทย AN.....ตั้งแต่วันที่.....

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

การตรวจสอบสิทธิจากงานประกันสุขภาพ

สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ข้าราชการ..... ไม่เก็บส่วนเกินค่าห้องพิเศษ เก็บส่วนเกินค่าห้องพิเศษ 50 %

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

อนุเคราะห์ค่าห้องพิเศษ ตามมติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพรหมพิราม รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ความคิดเห็นผู้บังคับบัญชา

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....