

## 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/นายทะเบียนบำนาญบ้านำนาฉบับที่ข้อมูลการเลือก/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