

**แบบคำขอเปลี่ยนแปลง/ยกเลิก/เพิ่มเติมข้อมูลผู้มีสิทธิร่วม สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปสช.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลง/ยกเลิก/เพิ่มเติมข้อมูลผู้มีสิทธิร่วม (ระบบ สปสช.)

เรียน นายทะเบียนระบบ สปสช. อบจ.ร้อยเอ็ด (ผ่านผู้อำนวยการกอง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของสิทธิ จำนวน.....ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิร่วม จำนวน.....ฉบับ
๓. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)..... จำนวน.....ฉบับ

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ตำแหน่ง.....สังกัด.....อัตราเงินเดือน.....บาท

มีความประสงค์ขอ ☐ เปลี่ยนแปลง ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่มเติมข้อมูล ผู้มีสิทธิร่วม สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปสช.) ดังนี้
เนื่องจาก ☐ ๑. สมรส ชื่อคู่สมรสเลขทะเบียนสมรส.....

☐ ๒. หย่าเลขทะเบียนหย่า.....

☐ ๓. เสียชีวิตเลขที่ใบมรณะบัตร.....

☐ ๔. เปลี่ยนชื่อ - สกุล

☐ ๕. อื่นๆ (โปรดระบุ)

บัดนี้ ข้าพเจ้าซึ่งเป็นเจ้าของสิทธิ เป็นผู้ขอเปลี่ยนแปลง/ยกเลิก/เพิ่มเติมข้อมูล ผู้มีสิทธิร่วม
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น (สปสช.) ดังกล่าวข้างต้น และขอรับรองว่าหลักฐานที่แนบมาพร้อมนี้เป็นสำเนาถูกต้อง
ตามต้นฉบับจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

()

ตำแหน่ง