แบบคำขอเปลี่ยนแปลง/ยกเลิก/เพิ่มเติมข้อมูลผู้มีสิทธิร่วม สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปสช.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง .....

เรียน นายทะเบียนระบบ สปสช. อบจ.ร้อยเอ็ด (ผ่านผู้อำนวยการกอง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของสิทธิ จำนวน.....ฉบับ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิร่วม จำนวน.....ฉบับ

๓. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)..... จำนวน.....ฉบับ

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....เลขที่ตำแหน่ง.....สังกัด.....

.....

อัตราเงินเดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท์ .....

มีความประสงค์ขอ ☐ เปลี่ยนแปลง ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่มเติมข้อมูล ผู้มีสิทธิร่วม สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปสช.) ดังนี้

เนื่องจาก ☐ ๑. สมรส ชื่อคู่สมรส .....เลขทะเบียนสมรส.....

☐ ๒. หย่า .....เลขทะเบียนหย่า.....

☐ ๓. เสียชีวิต .....เลขที่ใบมรณะบัตร.....

☐ ๔. เปลี่ยนชื่อ – สกุล .....

☐ ๕. อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าซึ่งเป็นเจ้าของสิทธิ เป็นผู้ขอเปลี่ยนแปลง/ยกเลิก/เพิ่มเติมข้อมูล ผู้มีสิทธิร่วม สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปสช.) ดังกล่าวข้างต้น และขอรับรองว่าหลักฐานที่แนบมาพร้อมนี้เป็นสำเนาถูกต้องตามต้นฉบับจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

( )

ตำแหน่ง .....