

แบบแสดงความจำนงขอย้ายสิทธิการรักษาพยาบาล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้าพเจ้า (นางสาว/นาง/นาย)..... นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

มีความประสงค์ขอย้ายสิทธิ

ประกันสังคม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง)

อื่นๆ.....

ของ ชื่อ..... นามสกุล.....

เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)