

แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุณเงิน

โรงพยาบาล.....ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยประกันสุขภาพ
ชื่อ.....เลขที่บัตรประกันสุขภาพ.....

กรณี อุบัติเหตุ อุณเงิน ระบุโรงพยาบาลตามบัตรประกันสุขภาพ.....
 อุบัติเหตุ อุณเงิน ระบุจังหวัด.....(กรณีที่ยังขาดยังไม่ได้ออกบัตรประกันสุขภาพให้)

สาเหตุของการประสบอันตราย / การเจ็บป่วย.....

วิธีการรักษา.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดย รับที่สำนักงานประกันสุขภาพ
 โอนเข้าชื่อบัญชี.....ชื่อธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้
 สำเนาบัตรประชาชน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใบสรุป / ใบแสดงค่ารักษาพยาบาลตาม แบบ นค.1 หรือ นค.2

ลงชื่อ.....
(.....)
แพทย์เจ้าของไข้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....

คำรับรองผู้ป่วย
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอรับรองว่าได้เข้ารับการรักษา
พยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง เป็นจำนวนเงิน.....บาท
(.....)

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยไม่รู้จักตัวหรือสิ่งแก่กรรม ให้ญาติเป็นผู้รับรองแทน