

แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

HN

AN

โรงพยาบาลวัดสิงห์ ขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยประกันสุขภาพ ชื่อ

เลขที่บัตรประกันสุขภาพ ที่อยู่ตามบัตรประกันสุขภาพ

กรณี อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ระบุโรงพยาบาลตามบัตรประกันสุขภาพ

ระบุจังหวัด(กรณีที่จังหวัดยังไม่ได้ออกบัตรให้)

สาเหตุของการประสบอันตราย / การเจ็บป่วย

วิธีการรักษา

การวินิจฉัยโรค (รหัส ICD-10)

การทำหัตถการ (รหัส ICD-9)

รับการรักษาตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

รวมเป็นเงิน บาท (.....)

โดย โอนเงินเข้าบัญชี กองทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลวัดสิงห์
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาวัดสิงห์ เลขที่บัญชี 013172236447

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

- สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง
- สำเนาบัตรประชาชน / ทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ใบสรุป / ใบแสดงค่าบริการพยาบาลตามแบบ นค.1 หรือ แบบ นค.2

คำรับรองของผู้ป่วย

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ขอรับรองว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตาม
ระยะเวลาดังกล่าวจริง เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

ลงชื่อ (ผู้ป่วย)
(.....)

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือถึงแก่กรรม หรือ เป็นเด็ก ให้ญาติเป็นผู้รับรองแทน

แบบแสดงความเห็นแพทย์ (กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ)

ข้าพเจ้า (นายแพทย์ / แพทย์หญิง) ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลวัดสิงห์ อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจร่างกายของผู้ป่วยตามวันและ
เวลาดังกล่าวแล้ว ขอสรุปความเห็น เป็นการเจ็บป่วยกรณี

- อุบัติเหตุ
- อุบัติเหตุ
- การรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

ลงชื่อ
(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล / แพทย์ผู้ทำการรักษา
วันที่