

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล)	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับ..... วันที่รับ..... ชื่อผู้รับ..... 1. โรงพยาบาลสีสุราษขอรับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยประกันสังคม ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... กรณี () ประสบอันตราย (/) เจ็บป่วยฉุกเฉิน () สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภท (/) ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน 2. โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยประกันสังคม..... 3. สาเหตุของการประสบอันตราย / การเจ็บป่วย..... 4. วิธีการรักษาพยาบาล..... วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวมเป็นเงิน..... บาท (.....) 5. ขอรับเงิน () ที่สำนักงานประกันสังคม () ธนาณัติสั่งจ่าย บلن..... (/) ธนาคารกรุงไทย สาขาพยัคฆภูมิพิสัย บัญชีเลขที่ 423-131-8980 6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ
---	--

สำเนาเวชระเบียน
 ในสรุป / ในแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
 ใบรับรองแพทย์จากแพทย์ผู้รักษา

(ลงชื่อ).....
 (นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีสุราษ

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ขอรับรองว่า ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน บาท (.....) หากมีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าเจ้าจะไม่นำไปเสียจับเงินมาเบิก จากสำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด	(ลงชื่อ)..... (.....) วันที่..... (.....)
--	--

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอายุมาตรา 341 ผู้ใดทูลวิต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้อุทกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้อุทกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำการผิดฐานฉ้อโกง ต้องวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ โงกต้องวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

ใบรับรองแพทย์

วันที่.....

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลสีสุราษ
ที่อยู่ 126 หมู่ 2 ตำบลสีสุราษ อำเภอสีสุราษ จังหวัดมหาสารคาม

แพทย์ผู้ตรวจ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจ รักษา (นาย, นาง, นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เวลา.....น.

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา.....

ปรากฏว่าเป็นโรค.....

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและ/หรืออีกชุดเรย์ () ไม่มี () มี ระบุ.....

การฟันคืนซีพ () ไม่มี () มี ระบุ.....

ตรวจวินิจฉัยพิเศษ (/) ไม่มี () มี

ถ้ามีระบุ 1.

2.

รักษาในห้อง ICU (/) ไม่มี () มี

ถ้ามีตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ผ่าตัดใหญ่ () ไม่มี () มี

ถ้ามีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด () ไม่เกิน 1 ชั่วโมง () ไม่เกิน 2 ชั่วโมง () เกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไป

CT SCAN หรือ MRI (/) ไม่มี () มี

ถ้ามี () ภายหลังการตรวจด้วย CT SCAN หรือ MRI แล้วมีการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตาย
ภายหลังการตรวจ

() เพื่อวินิจฉัยว่ามีเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ระบุอาการ.....

() ตรวจเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือไขสันหลัง

ส่งตัวคนไข้ไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น () ไม่มี () มี ระบุเหตุผล.....

ถ้ามี ส่งไปยังโรงพยาบาล..... เมื่อวันที่.....

ควรหยุดพักงาน..... วัน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

รายงานการรักษาผู้ป่วยนอกและค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันสังคม

รพ.ที่ให้การรักษาพยาบาลรพ. / สอ..... จังหวัด.....

เป็น () 1. สถานพยาบาลประกันสังคมคู่สัญญาหลัก (Main contractor)

() 2. คู่สัญญาร่วม (Sub contractor) ของ รพ.มหาสารคาม

ชื่อ โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือก..... จังหวัด.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี เพศ () ชาย () หญิง

ชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงาน.....

ไม่สามารถระบุได้เนื่องจาก..... อายุในระบบ เดือน หลังถ้าออกงาน ส่งเงินสมบทของเลขที่บัตรรองสิทธิการรักษาพยาบาล(เลข13 หลัก)..... AN..... HN.....

วันที่รักษา..... การวินิจฉัยโรค..... โรคแทรกซ้อน.....

สาเหตุ () การเจ็บป่วย () อุบัติเหตุจราจร () ป่วย/อุบัติเหตุจากการทำงาน

() อุบัติเหตุอื่นๆ () การตั้งครรภ์และการคลอด () อุบัติกัย

การวินิจฉัยอื่นๆ.....

การผ่าตัด/หัตถการ 1..... วันที่.....

2..... วันที่.....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา..... รหัสแพทย์ผู้รักษา.....

รายการ	ค่าบริการ
1. บริการรับสูตร.....
2. บริการคลังเลือด.....
3. บริการพยาธิวิทยา.....
4. บริการรังสีวิทยา.....
5. บริการการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ.....
6. บริการผ่าตัด.....
7. ค่าหัตถการ.....
8. ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา.....
9. บริการระงับความรู้สึก.....
10. ค่ายาและเวชภัณฑ์.....
11. บริการเวชกรรมพื้นบ้าน.....
12. ค่าบริการตรวจรักษา.....
13. ค่าพาหนะขนส่ง.....
14. อื่นๆ (ระบุ).....
รวม

(ตัวอักษร)..... บาท

ลายมือชื่อผู้ประกันตน..... ลงชื่อ..... ผู้รายงาน

เมอร์โทร์คัพท์ที่สามารถติดต่อท่านได้..... ()

หมายเหตุ ผู้รายงานหมายถึงหัวหน้าแผนก