**สปส.2-15**

|  |  |
| --- | --- |
| **แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม**  **(สำหรับสถานพยาบาล)** | สำหรับเจ้าหน้าที่  เลขที่รับ.............................................  วันที่รับ............................................  ชื่อผู้รับ.............................................. |
| 1. โรงพยาบาลยางสีสุราชขอรับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยประกันสังคม  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 ปณ........................... (/) ธนาคารกรุงไทย  สาขาพยัคฆภูมิพิสัย บัญชีเลขที่ 423-131-8980  6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ  สำเนาเวชระเบียน  ใบสรุป / ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล  ใบรับรองแพทย์จากแพทย์ผู้รักษา  (ลงชื่อ).....................................................  (นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง)  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช | |

คำรับรองของผู้ประกันตน

|  |
| --- |
| ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).......................................................................................................ขอรับรองว่า  ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาล  เป็นจำนวนเงิน ................................ บาท (..................................................................................)  หากมีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าเจ้าจะไม่นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกจากสำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด  (ลงชื่อ).................................................................  (....................................................................)  วันที่.................................................................... |
| คำเตือน : ประมวลกฎหมายอายามาตรา 341 ผู้ใดทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ โกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ |

**ใบรับรองแพทย์**

วันที่...................................................

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลยางสีสุราช

ที่อยู่ 126 หมู่ 2 ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

แพทย์ผู้ตรวจ........................................................................................................................................................

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่...................................................................................................

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

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

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา....................................................................................................................

ปรากฏว่าเป็นโรค..................................................................................................................................................

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

การฟื้นคืนชีพ ( ) 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

(.......................................................................................)