

คำขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
กรณีรักษาพยาบาลนอกเครือข่าย
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ชื่อสำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัด ขอนแก่น (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)
2. ขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานเงินทุนสาขา รพ..... จังหวัด.....
จำนวน..... ราย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท
 - 2.1 กรณีผู้ป่วยส่งต่อ จำนวน..... ราย เป็นเงิน..... บาท โดยแยกเป็น :>
 - ผู้ป่วยนอก จำนวน..... ราย จำนวนเงิน..... บาท
 - ผู้ป่วยใน จำนวน..... ราย จำนวนเงิน..... บาท
 - 2.2 กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน.....ราย เป็นเงิน..... บาท โดยแยกเป็น :>
 - ผู้ป่วยนอก จำนวน..... ราย จำนวนเงิน..... บาท
 - ผู้ป่วยใน จำนวน..... ราย จำนวนเงิน..... บาท
 - 2.3 กรณีผู้ป่วยมีใบแพทย์นัด จำนวน..... ราย เป็นเงิน..... บาท โดยแยกเป็น :>
 - ผู้ป่วยนอก จำนวน..... ราย จำนวนเงิน..... บาท
 - ผู้ป่วยใน จำนวน..... ราย จำนวนเงิน..... บาท
3. หลักฐานประกอบการพิจารณา
 - ก. กรณีผู้ป่วยนอก
 - 1) แบบรายการคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน..... ฉบับ
 - 2) สำเนาใบสั่งยาที่แสดงรายการยาและบริการต่าง ๆ จำนวน..... ฉบับ
 - 3) สำเนาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน..... ฉบับ
 - 4) สำเนาหนังสือส่งต่อผู้ป่วย หรือใบแพทย์นัด ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
จำนวน..... ฉบับ
 - ข. กรณีผู้ป่วยใน
 - 1) รายการสรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน..... ฉบับ
 - 2) สำเนาใบสั่งยาที่แสดงรายการยาและบริการต่าง ๆ จำนวน..... ฉบับ
 - 3) สำเนาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน..... ฉบับ
 - 4) สำเนาหนังสือส่งต่อผู้ป่วย หรือใบแพทย์นัด ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
จำนวน..... ฉบับ
 - 5) สำเนาบันทนาการใช้ยาระงับความรู้สึกกรณีผ่าตัด จำนวน..... ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้จัดทำคำขอ*

(นางขวัญตา บุสทิพย์)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ 5

..... / /