

คำขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
กรณีรักษาพยาบาลนอกเครือข่าย
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ชื่อสำนักงานเงินทุนสาขาจังหวัด ขอนแก่น (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)
2. ขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานเงินทุนสาขา โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร จังหวัด...ขอนแก่น.....

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				
	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.....	ชุด
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) สำเนาบันทกการใช้จ่ายระับความรู้สึกรณณผาดัด	จำนวน.....	ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้จัดทำคำขอ*

(นางสาวปณิดา ภูนาชัย)

ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี