

ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)

ตามหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ.....ที่...../.....
 ลงวันที่เดือน.....พ.ศ.หรือเลขอนุมัติยืนยันการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 เลขที่.....รับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาลของเลขประจำตัวประชาชน
 □□□□□□□□□□□□□□ หรือเลขที่ประจำตัวประเภทอื่น.....
 ได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจากตั้งแต่วันที่เดือนพ.ศ.
 ถึงวันที่เดือนพ.ศ. รวมวัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง/ค่าอาหาร			
2.	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล			
4.	ยากลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ้าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
	รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร)บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามคำขอเบิกเลขที่

(ลงชื่อ)

.....

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(ลงชื่อ)

.....

เจ้าหน้าที่การเงิน

