

ตัวอย่างหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลเอกชน
ชื่อสถานพยาบาล

วันที่เดือน.....พ.ศ.

(ชื่อสถานพยาบาล) ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจาก
ซึ่งป่วยเป็นโรคและได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนี้
ตั้งแต่วันที่เดือนพ.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

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

