

หนังสือแสดงเจตจำนงไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ

เขียนที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วันที่ เดือน พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ น.ส.

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์ติดต่อ.....

เกี่ยวข้องกับ [] ผู้ป่วยเอง [] ญาติผู้ป่วย ระบุ.....

ขอแสดงเจตจำนงเพื่อขอให้โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการตรวจ/รักษา

ผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/น.ส.....

โดยประสงค์ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และยินยอมชำระค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยรายนี้โดยจะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่าย/สินไหมจากโรงพยาบาลฯในภายหลัง

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบถึงสิทธิอันพึงได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

และได้รับการชี้แจงจากเจ้าหน้าที่จนเข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ

..... ผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่

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

.....พยานพยาน

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