



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร. 035-211888 # 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

FM UC 2-04

ชื่อ..... HN.....อายุ.....ปี เพศ.....
 คลินิก/หอ..... AN.....วันที่.....เวลา.....
 PID สิทธิ ประกันสุขภาพ ประกันสังคม รพ.....
 Ref no.....ชำระเงินไว้.....บาท วันที่.....

ข้าพเจ้า ชื่ออยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 เป็นผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ.....ได้ชำระเงินไว้จำนวน.....บาท
 บัดนี้ได้นำสำเนาหลักฐานแสดงสิทธิเพื่อขอถอนเงินคืน

- บัตรประจำตัวประชาชน/.....
- ใบเสร็จรับเงิน/หลักฐานค่าใช้จ่าย
- ใบส่งตัวจากโรงพยาบาลหลัก
- หนังสือรับรองสิทธิประกันสังคม

.....
 ผู้ยื่นคำร้อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ได้ตรวจสอบและเข้ากระบวนการใกล้เคียงคุ้มครองสิทธิแล้ว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาถอนเงินคืน

.....
 หัวหน้าศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้อง เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินต่อไป

.....
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

อนุมัติจ่ายเงินได้

.....
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
/...../.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วันที่.....

ข้าพเจ้า ชื่ออยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
1. ถอนเงินค่าบริการสาธารณสุขบาท
จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน