

## แบบขออนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เขียนที่ โรงพยาบาลปากพนัง  
อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่ .....

เรื่อง ขออนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เรียน ประธานคณะกรรมการเงินบริจาคและทรัพย์สินบริจาคของโรงพยาบาลปากพนัง

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....  ผู้ป่วย  ญาติ (.....)  
ผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี  
HN..... AN..... สิทธิการรักษาครั้งนี้ .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....  
เข้ารับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ ..... จนถึง ..... ด้วย (ระบุสาเหตุ/อาการที่  
เข้ารับการรักษา/โรคที่แพทย์วินิจฉัย).....

จึงขออนุเคราะห์ค่าใช้จ่าย  CT Scan,  พรบ.,  อื่นๆ ระบุ.....  
จำนวน.....บาท (.....) จากเงินบริจาค  
และทรัพย์สินบริจาคของโรงพยาบาลปากพนัง โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาปากพนัง  
เลขที่บัญชี 802-1-02395-3 สาเหตุการขอพิจารณาค่ารักษา ○ เป็นบุคคลมีปัญหาสถานะและสิทธิที่ยังไม่ได้  
ลงทะเบียน ○ ผู้ป่วยหนักกลับ ○ ไม่มีพรบ.รต ○ มีหนังสือขอความอนุเคราะห์ ○ ไม่สามารถชำระค่า  
รักษาพยาบาลได้ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ลงชื่อ..... (.....) ผู้ป่วย/ผู้ขอพิจารณา	ลงชื่อ..... (.....) แพทย์/พยาบาลเวร/ผู้ให้การดูแลรักษา
ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่เอ็กซ์เรย์/งานประกันฯ	ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่การเงิน

ความเห็นของประธานคณะกรรมการเงินบริจาคและทรัพย์สินบริจาคของโรงพยาบาลปากพนัง

เห็นควรอนุเคราะห์ทั้งหมด  เห็นควรอนุเคราะห์บางส่วน เป็นจำนวน ..... บาท  
 ไม่อนุเคราะห์ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ.....

กรุณาแนบเอกสาร - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย  
- ใบแสดงค่ารักษาพยาบาล  
- เอกสารแสดงสิทธิ

(นายสมเกียรติ วรยุทธการ)  
ประธานคณะกรรมการเงินบริจาคและทรัพย์สินบริจาค  
ของโรงพยาบาลปากพนัง