



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลปากพนัง ถ.ชายน้ำ อ.ปากพนัง จ.นครศรีธรรมราช

ที่ นศ ๐๐๓๒.๓๐๑(๑๒)/พิเศษ

วันที่

เรื่อง ขอคืนเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ (.....)
ผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี
HN..... สิทธิการรักษา
เข้ารับการรักษายาบาลตั้งแต่ จนถึง ด้วย(ระบุ
สาเหตุ)..... ได้ชำระเงินค่ารักษาพยาบาล
เป็นจำนวน บาท (.....) ตาม
ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ เล่มที่ ลงวันที่ ขอคืนเงินค่า
รักษาพยาบาล เนื่องจาก
ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวสามารถใช้สิทธิ ตามสิทธิการรักษาของข้าพเจ้า

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์คืนเงินจำนวนดังกล่าว

(.....)

งานสิทธิประโยชน์ ☐ ตรวจสอบหลักฐานและสิทธิ ผู้ป่วยมีสิทธิตามที่ แจ้ง สามารถคืนเงินได้ตามสิทธิ ☐ สิทธิชำระเงินเนื่องจาก (นางสาวกมลรัตน์ กิจโพธิ์สงค์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง/รักษาการ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติเนื่องจาก (นายสมเกียรติ วรยุทธการ) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง
--	---

งานการเงิน

คืนเงินตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่ เล่มที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....)

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

ตำแหน่ง

ผู้รับเงิน

ผู้คืนเงิน

กรุณแนบเอกสาร - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ป่วยและญาติ (ผู้รับเงินคืน)
- ใบเสร็จรับเงินตัวจริง
- เอกสารแสดงสิทธิอื่นๆ