



โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 269 ถนนสรรพาวรรค์ ต. ตลาด อ.เมือง จ. มหาสารคาม 44000
 งานประกันสุขภาพ โทร 043-722055 โทรสาร 043722055

ใบนำส่งเอกสาร

วันที่แจ้ง..... เวลา

เรื่อง ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมใช้บริการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รับผู้ป่วยชื่อ นามสกุล

เลขบัตรประชาชน - - - -

ซึ่งเป็น ผู้ประกันตนกับโรงพยาบาลของท่าน เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ เวลา

และรับ Refer จากโรงพยาบาล ด้วยอาการ

การวินิจฉัยโรค

อาการปัจจุบัน

ขณะนี้นอนพักรักษาตัวที่ตึก เบอร์โทร

แพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าเป็นกรณี อุกฉวิน ไม่อุกฉวิน
 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ สามารถเคลื่อนย้ายได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

จนท.ของ รพ.ตามบัตรฯ ผู้รับทราบข้อมูล
 ชื่อ-นามสกุล
 ตำแหน่ง

ลงชื่อ..... ผู้ประสานงาน
 (.....)

*หมายเหตุ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอสงวนสิทธิ กรณีไม่มีการตอบกลับหรือไม่มีการส่งหนังสือรับรองค่ารักษาจากรพ.ของท่าน ถือว่าเอกสารฉบับนี้สามารถใช้อ้างอิง ประกอบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ตามเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม โดยโรงพยาบาลสุทธาเวช ถือว่าท่านประสงค์ให้รักษาต่อ และยินดียินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

วันที่..... เวลา.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ด้วยโรงพยาบาล..... ได้ตรวจสอบแล้ว

- ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่าย
- ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลหลัง 72 ชั่วโมงแรกจนจำหน่าย และหากเคยใช้สิทธิครบ 2 ครั้ง/ปี แล้วให้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด
- ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล ส่วนเกินจาก พ.ร.บ.และหลัง 72 ชั่วโมง
- ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่
- จะจัดรถมารับในวันที่
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

โทรศัพท์
 โทรสาร

ลงชื่อ..... ผู้รับเรื่อง
 (.....)

ตำแหน่ง

