แบบบันทึกการตรวจสอบสิทธิ ประกันสังคม

AN.....

HN..... ชื่อ-สกุล ..... อายุ.....ปี วันที่เข้ารับการรักษา.....

เลขที่บัตรประชาชน..... เลขที่บัตรประกันสังคม.....

สิทธิการรักษา..... รพ.คู่สัญญา .....

ประเภทการเจ็บป่วย ☐ อุบัติเหตุ ☐ ฉุกเฉิน ☐ ทั่วไป ☐ รับส่งต่อ Refer จาก.....

ผู้ป่วยไปที่คลินิก ..... โทร ..... วันที่จำหน่าย .....

หลักฐานประกอบ

มี	ไม่มี	เอกสารที่ต้องเตรียม	มี	ไม่มี	เอกสารที่ต้องเตรียม
		1. ใบยินยอมชำระเงิน			7. ใบ กท. 44
		2. ใบขอรับบริการฉุกเฉิน (สปส.2-15)			8. ใบ กท. 16
		3. ใบตรวจสอบสิทธิ (Web)			9. ใบ กท. 16/1
		4. สำเนาใบส่งตัว			10. หนังสือรับผิดชอบค่ารักษา
		5. สำเนาสิทธิบัตร			11. อื่นๆ.....
		6. สำเนาบัตรประชาชน			

หมายเหตุเพิ่มเติม

วัน/เดือน/ปี	บันทึกข้อความ	ผู้บันทึก

สรุปการใช้สิทธิ.....

ผู้สรุปสิทธิ.....