



เลขที่.....

ที่ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แบบฟอร์มค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิการรักษา
แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ป่วย..... ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน HN.....AN.....

สิทธิการรักษาพยาบาล.....โทร.....

ที่อยู่.....

มีความยินดีจ่ายเงิน

ค่าผ่าตัดกระเพาะอาหารเกินสิทธิ(ค่าอุปกรณ์ผ่าตัดกระเพาะอาหาร) เป็นเงินจำนวน 10,000 บาท
(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ค่าเครื่องป้องกันการอุดตันของเส้นเลือดดำขณะผ่าตัด เป็นเงินจำนวน 2,500 บาท
(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ค่าอุปกรณ์ส่องกล้องผ่าตัด เป็นเงินจำนวน.....บาท
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน(ญาติผู้ป่วย)

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน(เจ้าหน้าที่ของ รพ.)

(.....)

...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

รับเงินจ่ายส่วนเกินสิทธิเป็นจำนวนเงิน..... บาท

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่/...../.....

SDVH-FM-SUR-002

แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้ : 23 ก.ย. 2567