



แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีค่าผ่าตัดเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
หรือกรณีค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้าชื่อ (นาย,นาง,นางสาว)..... นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ---

2. ขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณี
 ค่าผ่าตัดเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 ค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง
 โดยได้รับบริการทางการแพทย์ดังกล่าว เมื่อวันที่.....

3. สถานพยาบาลเข้ารับบริการทางการแพทย์ ชื่อ.....

รายการ	ค่าใช้จ่ายตามใบเสร็จที่ขอเบิก (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าผ่าตัดเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Double Lumen <input type="checkbox"/> Perm Cath <input type="checkbox"/> AV - Fistula <input type="checkbox"/> AV - Graft
<input type="checkbox"/> ค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ (เฉพาะผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตแล้ว)
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุ.....
- ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล เล่มที่..... เลขที่..... วันที่.....
 ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล เล่มที่..... เลขที่..... วันที่.....
 ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล เล่มที่..... เลขที่..... วันที่.....

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ประกันตน

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่ง

หมายเหตุ หรือ คำอธิบายการกรอกแบบ