



สำนักงานประกันสังคม

หนังสือรับรองการเปลี่ยนสถานพยาบาลกรณีปลูกถ่ายไต

(สำหรับแพทย์กรอก)

แพทย์ผู้กรอกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไตหรือแพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตประจำโรงพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม เท่านั้น

ข้าพเจ้า นพ./พญ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
เลขที่.....โรงพยาบาล.....

ในฐานะ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยินยอมรับผู้ประกันตน
ชื่อ นาย นาง นางสาว.....

เข้ารับการ ปลูกถ่ายไต ยากดภูมิคุ้มกันกรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ที่โรงพยาบาล
.....ได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....



สำนักงานประกันสังคม

หนังสือแสดงความจำนงขอเปลี่ยนสถานพยาบาลกรณีปลูกถ่ายไต

(สำหรับผู้ประกันตนกรอก)

ข้าพเจ้าเลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ได้รับอนุมัติกรณีปลูกถ่ายไต เมื่อวันที่..... โรงพยาบาล.....

ขอเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาล.....เหตุผล.....

โดยได้แนบและขอขึ้นเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

- หนังสืออนุมัติกรณีปลูกถ่ายไต
- หนังสือรับรองการเปลี่ยนสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....