

แบบสอบถามข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อม
ในการดำเนินการปรับปรุงการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีบำบัดทดแทนไต

1. ชื่อสถานพยาบาล _____
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
(หากมีการเปลี่ยนชื่อ กรุณาระบุชื่อเดิมด้วย)
2. ที่อยู่ _____
ชื่อผู้ประสานงาน (จัดทำข้อมูลเบิกจ่าย) _____
เบอร์โทร _____ e-mail _____
3. ปัจจุบันเข้าร่วมขอรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไต ของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านโปรแกรมสำนักงานกลางสารสนเทศ และบริการสุขภาพ
 ไม่เคยเข้าร่วม
 เข้าร่วม
4. ประสงค์เข้าร่วมขอรับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีบำบัดทดแทนไตของสำนักงานประกันสังคม
โดยผ่านโปรแกรมการเบิกจ่ายของสำนักงานกลางสารสนเทศ และบริการสุขภาพ
 มีความประสงค์เข้าร่วม
 ไม่ประสงค์เข้าร่วม
ระบุเหตุผล _____
5. รายละเอียดข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายผ่านโปรแกรมสำนักงานกลางสารสนเทศ และบริการสุขภาพ
 - 1) รหัสสถานพยาบาล 5 หลัก
(เป็นรหัสที่ออกโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)
- กรณีสถานพยาบาลที่ยังไม่มีรหัสดังกล่าว สถานพยาบาลต้องเร่งดำเนินการขอรหัสและแจ้ง
สำนักงานประกันสังคมเพื่อทราบภายหลัง)
 - 2) เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของธนาคารที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม เพื่อประกอบการแสดง
ความจำนองรับเงิน รายละเอียดตามหนังสือแสดงความจำนองรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร (สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)