

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของโรงพยาบาล.....

ที่ทำการตั้งอยู่ที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

และเป็นสถานพยาบาลในความตกลงของสำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการบำบัดทดแทนไต
จากสำนักงานประกันสังคม โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมโอนเงินทางธนาคารจากจำนวนเงินที่ได้รับ
ในแต่ละครั้งจากบัญชีข้างต้น และจะดำเนินการส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน 7 วัน
นับแต่ได้รับทราบการโอนเงิน หากไม่นำส่งภายในเวลาที่กำหนด ยินดีที่จะมารับเงินที่สำนักงานประกันสังคม
ในครั้งต่อไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร หน้าทีระบุชื่อบัญชีและเลขที่บัญชี
- คำสั่งแต่งตั้งผู้มีอำนาจ

เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของ โรงพยาบาล.....
จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล

