

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

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

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

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

และข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

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

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

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

และข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

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

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

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

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของ (บริษัท/หสน./หจก.).....

โรงพยาบาล.....

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

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

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

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล) 13 หลัก เลขที่.....และเป็นสถานพยาบาล

ในความตกลงของสำนักงานประกันสังคม

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 หน้าระบุชื่อบัญชี(นิติบุคคล)และเลขที่บัญชี  
 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลจากกระทรวงพาณิชย์  
 หนังสือรับรองการได้รับยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล (ถ้ามี)  
 สำเนาบัตรส่งเสริมจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (ถ้ามี)  
 สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี

**\*เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ\***

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของ (บริษัท/ทสน./หจก.).....  
..... โรงพยาบาล.....

จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)  
ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล

หนังสือรับรองการได้รับยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล

โดยหนังสือฉบับนี้ บริษัท.....

โดย.....

ขอรับรองว่าบริษัทฯ ได้รับบัตรส่งเสริมจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เลขที่.....

ลงวันที่..... ในกิจการสถานพยาบาลในชื่อ.....  
ที่ตั้ง.....

ซึ่งมีสิทธิได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลตามมาตรา 31 เป็นระยะเวลา.....ปี โดยนับแต่  
วันที่เริ่มมีรายได้ วันที่.....จนถึงวันที่.....

และรายได้ที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคมในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นรายได้ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน  
และยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล

หากบริษัทฯ แจ้งข้อความเป็นเท็จยินยอมที่จะจ่ายเงินภาษีหัก ณ ที่จ่าย ที่สำนักงานประกันสังคม  
ไม่ได้หักและนำส่งกรมสรรพากรตามกำหนด พร้อมทั้งเงินเพิ่ม

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล