



แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือด
สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
หรือกรณีผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง.....
 วันที่รับ.....
 ชื่อผู้รับ.....

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้าชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน - - - -

2. ขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณี

ค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง

โดยได้รับบริการทางการแพทย์กรณีดังกล่าว เมื่อวันที่

3. สถานพยาบาลเข้ารับบริการทางการแพทย์ ชื่อ

รายการ	ค่าใช้จ่ายตามใบเสร็จที่ขอเบิก (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมเวชภัณฑ์ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Double lumen insertion <input type="checkbox"/> Perm catheter insertion <input type="checkbox"/> AVF procedure <input type="checkbox"/> AVG procedure <input type="checkbox"/> Revised Double lumen insertion <input type="checkbox"/> Re-insertion Perm catheter <input type="checkbox"/> Revised AVF (open surgery) <input type="checkbox"/> Revised AVF (PTA) รวม contrast media <input type="checkbox"/> Revised AVG (open surgery) <input type="checkbox"/> Revised AVG (PTA) รวม contrast media
<input type="checkbox"/> ค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุ

ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล เล่มที่..... เลขที่..... วันที่.....

ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล เล่มที่..... เลขที่..... วันที่.....

ใบแสดงรายละเอียดการรักษา

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ประกันตน

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
หรือกรณีผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง

- ใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล
- ใบแสดงรายละเอียดการรักษา