



สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์  
กรณีการบำบัดทดแทนไต  
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง.....

วันที่รับ.....

ชื่อผู้รับ.....

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....เลขประจำตัวประชาชน ----
2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ - สกุล..... โรงพยาบาล.....
3. ได้รับ  การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาล.....  
ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่..... ดังนี้  

ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
ช่วงสัปดาห์ระหว่างวันที่.....	ถึงวันที่.....	จำนวนครั้ง.....	จำนวนเงิน.....	บาท
รวมเป็นเงิน.....	บาท (.....)			

ค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. ได้รับ  ค่าน้ำยาล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรพร้อมอุปกรณ์ ที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่เดือน.....ถึงเดือน.....  
รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)  
(กรณีที่เบิกค่าน้ำยาล้างช่องท้องฯ ครั้งแรกให้ระบุวันที่เริ่มขอเบิกถึงวันสิ้นเดือน ครั้งต่อไปให้เบิกเป็นรายเดือน)  
รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)
5. ได้รับ  ค่าน้ำยาล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติพร้อมอุปกรณ์ ที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่เดือน.....ถึงเดือน.....  
รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)  
(กรณีที่เบิกค่าน้ำยาล้างช่องท้องฯ ครั้งแรกให้ระบุวันที่เริ่มขอเบิกถึงวันสิ้นเดือน ครั้งต่อไปให้เบิกเป็นรายเดือน)  
รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน  
(.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- สำเนาใบบันทึกรายงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HEMOCIALYSIS WORK SHEET)
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ขอเบิก ทั้งนี้ต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น จึงมีสิทธิตั้งเบิก

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ

- สำเนาหลักฐานการจ่ายน้ำยาล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมอุปกรณ์ และสำเนาเวชระเบียนบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ผู้รักษา ในวันที่ผู้ประกันตนมาพบแพทย์ครั้งที่ขอเบิก

ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ขอเบิก ทั้งนี้ต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น จึงมีสิทธิตั้งเบิก