



**แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม
(สำหรับสถานพยาบาล)**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. โรงพยาบาล..... ขอรับคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยประกันสังคม
ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน ---
กรณี ประสบอันตราย เจ็บป่วยฉุกเฉิน สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
ประเภท ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
2. โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยประกันสังคม
3. สาเหตุของการประสบอันตราย/เจ็บป่วย.....
.....
4. วิธีการรักษาพยาบาล
.....
วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
รวมเป็นเงินบาท (.....)
5. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ขนาด貸สิ่งจ่าย ปณ. ธนาคาร.....
สาขา บัญชีเลขที่
6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ
 สำเนาเวชระเบียน
 ใบสรุป / ใบแสดงรายการคำรักษาพยาบาล
 ใบรับรองแพทย์จากแพทย์ผู้รักษา
(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ขอรับรองว่า
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกคำรักษาพยาบาล
เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)
หากมีคำรักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้าจะไม่นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกจาก
สำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด
(ลงชื่อ)
(.....)
วันที่...../...../.....

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกหลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิด
ข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกหลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกหลวง หรือบุคคลที่สามหรือ
ทำให้ผู้ถูกหลอกหลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุก
ไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อสถานพยาบาล ชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตน
2. กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน และใส่เครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ต้องการ
3. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความที่ขอรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ให้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถรับได้เฉพาะ 8 แห่ง ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย (บัญชีเงินฝากต้องเป็นประเภทออมทรัพย์และเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น)
4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอต้องครบถ้วน
5. ลงลายมือชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจในแบบคำขอฯ ส่วนบน และให้ผู้ประกันตนลงลายมือชื่อในคำรับรองของผู้ประกันตนซึ่งอยู่ส่วนล่างในแบบคำขอฯ พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นแบบ