



สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
โดยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
และการฉีดยาอิริโทรปัวอิติน
(รายเดือน)

กองทุนประกันสังคม

สำหรับสถานพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง

วันที่รับ

ชื่อผู้รับ

1. โรงพยาบาล ขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดย
 การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร การฉีดยาอิริโทรปัวอิติน
 ผู้ประกันตน ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน

2. แพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ-สกุล

3. ได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร ในช่วงเดือน ระหว่างวันที่ ถึงวันที่ ดังนี้

รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน
(1) คำน้ำยาล้างช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ (ถุงละ 2000 ซีซี) ถุง บาท
(2) การฉีดยา อิริโทรปัวอิติน ชื่อ ขนาดUnit เข็ม บาท
รวมค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น (1) + (2)		

ขอรับรองว่า

1. ได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร การฉีดยาอิริโทรปัวอิติน ตามรายการข้างต้นจริง
2. ค่า Hematocrit วันแรกของเดือน เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เท่ากับ %
3. ค่า BUN/Creatinine ทุก 3 เดือน เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เท่ากับ /
 และ / mg/dl ซึ่งคำนวณค่า KtV ได้ เท่ากับ

(ลงชื่อ)

(.....)

อายุรแพทย์ผู้รักษา/อายุรแพทย์ผู้รักษา

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอรับรองว่าได้รับ

รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาพร้อมอุปกรณ์

การฉีดยาอิริโทรปัวอิติน

ตามรายการดังกล่าวจริง

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis)

- สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ
- สำเนาหลักฐานการจ่ายน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และสำเนาเวชระเบียนบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ผู้รักษาในวันที่ผู้ประกันตนมาพบแพทย์ครั้งที่ขอเบิก

กรณีฉีดยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin)

- สำเนาคู่มือแสดงสิทธิฯ หน้า 1 และหน้าซึ่งตรงกับลำดับครั้งที่ในการขอเบิกและรับรองสำเนาพร้อมลงวันที่กำกับ

ข้อแนะนำ สามารถขอเบิกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร พร้อมกับการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน