ที่ [redacted]

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอรับรองค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

เนื่องด้วยผู้ประกันตนของโรงพยาบาล[redacted] เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน [redacted] เข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีนัดต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี การวินิจฉัยโรค [redacted] โรงพยาบาล[redacted] ขอรับรองค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ตามรายละเอียดดังนี้

๑. ค่าห้อง / อาหารในอัตราสามัญ
๒. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ /อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ตามประกาศและระเบียบประกันสังคม

และให้ทำหนังสือเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลมายังโรงพยาบาล[redacted] โดยตรง สำหรับหลักฐานในการประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ขอความกรุณาให้ท่านส่งดังนี้

๑. สำเนาเวชระเบียนวันที่เข้ารับการรักษา
๒. สำเนาใบตรวจสอบสิทธิ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๔. หนังสือรับรองค่ารักษาพยาบาล
๕. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (กรณีมีค่าใช้จ่ายสูง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

[redacted]

งานประกันสุขภาพ
โทรศัพท์ / โทรสาร [redacted]
โทรศัพท์เคลื่อนที่ [redacted]

[redacted]