

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

แจ้งระเบียบการใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีตีพิเศษ และ

สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง/กทม./อปท สิทธิหน่วยงานรัฐวิสาหกิจฯ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง /นางสาว.....นามสกุล.....

มีความเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย ชื่อ.....

ขอรับรอง จะรับผิดชอบจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษ ค่ายานอกบัญชีฯ ค่าวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ต่าง ๆ หากไม่สามารถจ่ายเงินส่วนเกินสิทธิข้างต้นได้ภายในวันที่กำหนด (ทุก7วัน) ยินยอมให้ย้ายผู้ป่วยลงเตียงสามัญได้ และรับทราบถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับเป็นที่เข้าใจแล้ว

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้อ่านระเบียบข้างต้นเป็นที่เข้าใจแล้ว และยินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับทราบ /ให้คำรับรอง ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

แจ้งระเบียบการใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีตีพิเศษ และ

สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง/กทม./อปท สิทธิหน่วยงานรัฐวิสาหกิจฯ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง /นางสาว.....นามสกุล.....

มีความเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย ชื่อ.....

ขอรับรอง จะรับผิดชอบจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษ ค่ายานอกบัญชีฯ ค่าวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ต่าง ๆ หากไม่สามารถจ่ายเงินส่วนเกินสิทธิข้างต้นได้ภายในวันที่กำหนด (ทุก7วัน) ยินยอมให้ย้ายผู้ป่วยลงเตียงสามัญได้ และรับทราบถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับเป็นที่เข้าใจแล้ว

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้อ่านระเบียบข้างต้นเป็นที่เข้าใจแล้ว และยินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับทราบ /ให้คำรับรอง ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.