

## ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)

ตามหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ.....ที่...../.....  
 ลงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....หรือเลขอนุมัติยืนยันการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
 เลขที่.....รับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ .....เลขประจำตัวประชาชน  
 □□□□□□□□□□□□□□ หรือเลขที่ประจำตัวประเภทอื่น.....  
 ได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจาก .....ตั้งแต่วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....  
 ถึงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .... รวม .....วัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง/ค่าอาหาร			
2.	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล			
4.	ยากลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ้าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
	รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร) .....บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามคำขอเบิกเลขที่ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

