



ที่ \_\_\_\_\_

ชื่อ(สถานพยาบาล) \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_.

เรื่อง ขอเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล/ตรวจสอบสุขภาพ จากเงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์รักษาสุขภาพทั่วประเทศ  
เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

รายการค่ารักษาพยาบาล/ตรวจสอบสุขภาพรักษา - สามเณร	
วันที่รับบริการ _____	ชื่อ - สกุล _____ H.N. _____
อายุ _____	วัน เดือน ปี เกิด _____ บัณฑิตประชาชน _____
รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	
2. ค่าอุปกรณ์อวัยวะเทียม	
3. ค่าฟันปลอม/รากฟันเทียม	
4. ค่าห้องปฏิบัติการที่เบิกไม่ได้	
5. ค่าตรวจเครื่องมือพิเศษอื่นๆ	
6. ค่าเครื่องช่วยฟัง	
7. ค่าเลนส์สายตา	
8. ค่าวัคซีน	
9. ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นอื่นๆ	
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	

(ตัวอักษร) \_\_\_\_\_.

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ขอรับรองว่าค่าบริการทางการแพทย์ถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าสถานพยาบาล

(ส่วนราชการเจ้าของเรื่อง)

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_.

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร/สาขา \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_ ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_.

