

แบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

สิทธิการรักษา.....

ชื่อ.....อายุ..... HN..... AN..... ID.....Ward.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....น้ำหนักแรกเกิด-2ปี.....ป่วยเป็นโรค.....เบอร์โทร.....

วันที่รับบริการ.....เวลา..... น.วันที่จำหน่าย.....เวลา..... รวมนอน รพ.....วัน

() ชำระเงิน () UC 30 บาท () UC ยกเว้นค่าธรรมเนียม (ฟรี)

() ประกันสังคม เจ็บป่วย () อุบัติเหตุจากการทำงาน () ตั้งครรภ์คลอด () อุบัติเหตุ () ลูกเงิน

() เบิกได้จ่ายตรง () อปท () เบิกได้ต้นสังกัด.....เลขที่หนังสือ.....ลงวันที่.....

() พรบ.รถ () ไม่มีหลักฐาน () มีหลักฐาน..... () พรบ. หมคอาชญา.....

REFER () มาเอง () รับ Refer รพ.วันที่.....เวลา.....

() ส่ง Refer ไปยัง.....วันที่.....เวลา.....

รายการ	วันที่						รวม	
							เบิกได้	เบิกไม่ได้
อวัยวะเทียม								
ยาและสารอาหารทางเส้นเลือด								
ยานำไปใช้ต่อที่บ้าน								
เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา								
บริการโลหิต								
ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (LAB)								
รังสีการแพทย์								
วินิจฉัยโดยวิธีพิเศษ เช่น EKG, Echo								
อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์								
ทำหัตถการและบริการวิสัญญี								
คลอด								
ผ่าตัด								
ดมยา								
ล้างไต								
ค่าบริการทางการแพทย์(หัตถการ)								
ค่าบริการทางทันตกรรม								
เวชกรรมฟื้นฟู								
แพทย์แผนไทย								
บริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ค่ารถ Refer, ฉีดศพ, ค่าใช้ไฟฟ้า								
- ค่าห้อง ICU 600 บาท/วัน								
- ค่าห้องพิเศษ								
- ค่าอาหารและห้องสามัญ 400 บาท/วัน								
รวม								
เก็บเงินจากผู้ป่วย								
ชำระแล้ว								
รวมค้างชำระ								
เลขที่ใบเสร็จ								
ผู้รับเงิน								

ผู้บันทึก/ตรวจสิทธิ

()

จนท.ประกันสุขภาพ