

หลักเกณฑ์เอกสารสำหรับการเบิกเคลมสินไหม

ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

กรณี ตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและสำรองจ่าย

!!! อย่าลืม ตรวจสอบรายละเอียดของเอกสารจากสถานพยาบาล

ใบรับรองแพทย์ ต้องมีรายละเอียด ดังนี้

- ชื่อสถานพยาบาล
- เลขที่ของเอกสารใบรับรองแพทย์
- สถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- เบอร์โทรศัพท์สถานพยาบาลที่สามารถติดต่อได้ชัดเจน
- ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาพร้อมเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
- ชื่อ-นามสกุล ของผู้ที่เข้ารับการรักษา
- วันที่เกิดเหตุ/วันที่เข้ารับการรักษา
- อาการ และ/หรือโรคที่เข้ารับการรักษา
- ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ (ถ้ามี)
- ลงนามแพทย์ผู้ทำการรักษา

ตัวอย่างใบรับรองแพทย์

ใบแสดงความคิดเห็นแพทย์
เลขที่ 662 ปีพหุภาคศีกเวชกรรม เลขที่ 33078
38 หมู่ 5 ตำบลมาฮี อำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โทร. 081-8911888
ตรวจรักษาโดย แพทย์หญิง ปัทมา สายสุน พ.บ.,อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

วันที่ 21 / ๒๑ - ๒ / 2566

5 ชื่อเจ้า แพทย์หญิงสุภาพดี ไม่มีโรค 99999
6 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 99999
7 ได้ทำการตรวจร่างกายของ นพ.โอธิ์ ไทสงกร
8 เมื่อวันที่ 21 เดือน ๒๑ ปี พ.ศ. 2566
9 ข้าพเจ้าเห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรค อื่นคนทางห้อง 0. (อกีรเวศนิก) (แพทย์หญิงสุภาพดี)

มีอาการสำคัญ ดังนี้
ความเจ็บป่วย มาตรวจจริงวันที่ 21 มี.ค. 66 อื่นๆ
 เห็นสมควรลาหยุด _____ วัน (วันที่) _____

ลงชื่อ _____ (แพทย์หญิงสุภาพดี ไม่มีโรค) แพทย์ผู้ตรวจ
ผู้รับการตรวจ _____

ใบเสร็จรับเงิน ต้องมีรายละเอียด ดังนี้

- ประเภทเอกสารใบเสร็จรับเงิน เช่น ต้นฉบับหรือสำเนา
- เลขที่ใบเสร็จรับเงิน
- ชื่อสถานพยาบาล
- สถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- เบอร์โทรศัพท์สถานพยาบาลที่สามารถติดต่อได้ชัดเจน
- เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
- ชื่อ-นามสกุล ของผู้ที่เข้ารับการรักษา
- วันที่ออกใบเสร็จ
- รายละเอียดค่ารักษาพยาบาล
- ประทับตราสถานพยาบาล
- จำนวนเงินรวม
- ลงชื่อผู้รับเงิน

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน

1 ใบเสร็จรับเงิน 2 เลขที่ 04
3 ปีพหุภาคศีกเวชกรรม เลขที่ 10 / ๒๒
4 38 หมู่ 5 ตำบลมาฮี อำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โทร. 081-8911888
5 ตรวจรักษาโดย พญ.ปัทมา สายสุน พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
6 ใบอนุญาต เลขที่ 1-410-100-1051

7 นาม นพ.โอธิ์ ไทสงกร 8 วันที่ 21 มี.ค. 66
ที่อยู่ อ.บ้านค้อพ. ๒2 มี.๑2 ต. โคกใหม่ อ.ภาชี จ.อยุธยา ๑.๐๒

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	ค่าตรวจ 9		40-
2	ค่ายา 9		160-
			11
บาท BAHT			รวมเงิน TOTAL 200-

ผู้รับเงิน / COLLECTOR _____ (12) ขอขอบคุณท่านที่สุดแทน

หมายเหตุ: กรุ้มครองเฉพาะ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
ที่แสดงรายการหรือรายละเอียดค่าใช้จ่าย

