

เรียน คุณ วัฒนา

ถ้า ผศ. ISU ที่มีประกันส่วนตัว จะต้องเอาใบสำหรับยื่นเบิก

ประกันของมหาวิทยาลัย มาด้วยบอกว่า ให้อธิบายด้วยก็ได้นะ ถ้าเตรียมเอกสารมาเลย

แล้วนำมายื่นเวลาไปจ่ายประกัน โดยจ่ายเงินสดไปก่อน แล้วแนบบใบเสร็จ

ไปเบิกกับบริษัทประกันของตนเอง

โดยทั่วไป เอดสบก. เบิกเงินคืนจากบริษัทประกันจะประกอบด้วย

ด้วย

1. ใบเสร็จรับเงินตัวจริง

2. ใบรับรองแพทย์ตัวจริง [รับรองโรคแล้วใบยื่นขอเบิกประกัน (ใบรับรอง
จัดค่าประกัน 300 บาท)]

3. ใบยื่นขอเบิกประกัน

ด้วยตามหลักที่แนบมาไว้ดูเป็นตัวอย่างด้วย

ว.ร.

11 ม.ย. 41

Group Insurance \$300 / yr.
Interlife John & Co.

หนังสือเรียกร้องเงินค่ารักษาในโรงพยาบาล

☐ HS ☐ HB

ส่วนที่ 1

คำเรียกร้องที่

ชื่อผู้รับแจ้ง

หน่วย/ภาค/สาขา

วันที่รับแจ้ง / /

แบบและเลขที่กรมธรรม์

1. ชื่อและนามสกุล อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์

2. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

- (ก) ชื่อโรงพยาบาล
- (ข) ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา
- (ค) ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
- (ง) การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ให้การรักษา
- (จ) แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่
- (ฉ) ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่ได้ผ่าตัด ☐ ผ่าตัด โปรดระบุรายละเอียด
- (ช) ได้รับการตรวจตามรายการต่อไปนี้หรือไม่ ☐ เอ็กซเรย์ ☐ ตรวจหัวใจ ☐ ตรวจเลือด ☐ อื่น ๆ

3. กรณีที่การรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้และค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

- (ก) วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา น.
- (ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ
- (ค) ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์
- (ง) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด)
- (จ) อวัยวะที่บาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะบาดเจ็บ

4. กรณีรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากความเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้และค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

- (ก) อาการเจ็บป่วย
- (ข) อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- (ค) รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์
- | | วันที่ | ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ |
|--|--------|------------------------|
| แพทย์คนแรกที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ | | |
| แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | |
| แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา | | |
| แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกันนี้ในอดีต | | |

5. กรณีที่เป็นสตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

ขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี ตั้งครรภ์มาแล้ว เดือน

6. ชื่อสถาบัน หรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ (กรณีได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษา
ข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บมจ. อินเตอร์ไลฟ์ จอห์นแฮนค็อก ประกันชีวิต หรือผู้ได้รับมอบหมาย
สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกัน

(.....) (.....) (.....)

ความสัมพันธ์ ลงนามให้เหมือนกับในคำขอเอาประกัน

(เฉพาะกรณีที่ไม่อาจเรียกร้องด้วยตนเอง) วันที่ / /

ลงนามนายจ้าง

วันที่ / /

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
(CERTIFICATE OF HOSPITALISATION)

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยประกันภัยชนที่
ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งรายงานนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เอาประกันเอง
(The certificate to be completed by doctor at insured's expense)

1. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย Patient's name		อายุ Age	ปี years	เพศ Sex
บัตรประจำตัว () ประชาชน () ข้าราชการ () อื่น ๆ ID Card No. Citizen Official Other	เลขที่			
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Date of admission	เวลา Time	น. AM/PM	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Date of discharge	เวลา Time
เลขที่ผู้ป่วยนอก Hospital No.	เลขที่ผู้ป่วยใน Admission No.	แผนกที่ทำการรักษา Department		
2. อาการเจ็บป่วยที่สำคัญ Chief Complaint				
กรณีเกิดจากอุบัติเหตุ ☐ วันที่เกิดเหตุ ☐ สาเหตุ				
3. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน/อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ Present illness				
4. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต Past history				
บันทึกประวัติความเจ็บป่วย, อุบัติเหตุ, การผ่าตัด หรือโรคต่าง ๆ Past records of illnesses, accident, surgical operations or diseases				
วันที่ Date	อาการเจ็บป่วย Nature of ailment	การวินิจฉัยโรค Diagnosis	การรักษา Treatment	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ Name and address of attending physician
5. การตรวจระบบต่าง ๆ Review of systems				
6. สิ่งที่ตรวจพบในการตรวจร่างกาย Pertinent physical findings				
7. ผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค : การตรวจทางโลหิตวิทยา, ปัสสาวะ, การตรวจทางรังสี, การตรวจคลื่นหัวใจ, การตรวจตัวอย่างชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ Investigations การตรวจพิเศษต่าง ๆ, การตรวจเอดส์, อื่น ๆ				
8. การให้การรักษา Treatment				
9. การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินการของโรคที่สำคัญระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล Course in the hospital				
10. การวินิจฉัยโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล Discharged diagnosis				
11. การพยากรณ์โรค Prognosis				
12. การให้ยาเมื่อออกจากโรงพยาบาล Discharged medication				
13. เฉพาะสตรี : ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี เดือน For female only : Has patient pregnancy no yes months				
14. ความเห็น Comments				

(ประทับตราโรงพยาบาล)
hospital stamp

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจ/รักษา คุณวุฒิ _____
Signature Attending Physician Qualification
()

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่ _____
Licence No.

วันที่ _____ / _____ / _____
Date

ชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าทำการรักษา _____
Name of Hospital

สถานที่ตั้ง _____ โทรศัพท์ _____
City/Town Tel.

N-014



โรงพยาบาลราชสีมานบุรี

1308/9 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ : (044) 262000 (50 เลขหมาย) 256263, 256289 FAX. (044) 256421

ใบรับรองแพทย์

พ.ญ.เรณู อารปรุ

วันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๕๗

ข้าพเจ้า.....

แพทย์ปริญญา, ใบอนุญาตประกอบอาชีพเวชกรรมเลขที่..... ๒๐๐๕๑.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย, รักษา..... พ.อ.วิวัฒน์ อภิสิทธิ์.....

มีอาการ..... ผื่นขึ้นตามตัว.....

ให้การวิเคราะห์โรคคือ..... ผื่นขึ้นตามตัว.....

มีความเห็น

☒ ได้รับการตรวจรักษาจริงในวันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๕๗.....

☐ ได้พักรักษาตัวใน รพ.จริง ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

☐ สมควรพักรักษาตัวเป็นเวลา..... ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....

☐ อื่นๆ.....



พ.ญ.เรณู อารปรุ
แพทย์ผู้ตรวจรักษา



โรงพยาบาล ราชสีมานบุรี

RATCHASIMA THONBURI HOSPITAL

1308/9 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.นครราชสีมา
(044) 262000 (50 คู่สาย), 256263, 256358 โทรสาร : 256421

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 30 1 009963

รับเสร็จรับเงิน
R E C E I P T

เลขที่ 0/77916
วันที่ 29/09/2541
H.N. 116882

ชื่อ นาย ชัยวัฒน์ วัฒนวิเศษ

Description ประเภทของค่าบริการ		Amount Baht จำนวนเงิน
1. ค่าวัสดุการแพทย์	CSSD (MATERIAL)	130.00
2. ค่าบริการพยาบาล	SET	40.00
3. ค่ายา	MEDICINES	230.00
4. ค่าเวชภัณฑ์การแพทย์	MATERIAL	230.00
5. ค่าแพทย์	PROFESSION FEE	200.00
รวม		830.00
หัก ส่วนลด		46.00
(เงินที่จ่ายแบบสลิปสลิปภาพถ้วน)		รวมเงินทั้งสิ้น 784.00

ผู้รับเงิน CASHIER

เวลา 11:17:55.56

ส่วนที่ 1

หนังสือเรียกร้องเงินค่ารักษาในโรงพยาบาล

☐ HS ☐ HB

คำเรียกร้องที่

ชื่อผู้รับแจ้ง

หน่วย/ภาค/สาขา

วันที่รับแจ้ง / /

แบบและเลขที่กรมธรรม์

1. ชื่อและนามสกุล อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์

2. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

- (ก) ชื่อโรงพยาบาล
- (ข) ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา
- (ค) ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
- (ง) การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ให้การรักษา
- (จ) แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่
- (ฉ) ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่ได้ผ่าตัด ☐ ผ่าตัด โปรดระบุรายละเอียด
- (ช) ได้รับการตรวจตามรายการต่อไปนี้หรือไม่ ☐ เอ็กซเรย์ ☐ ตรวจหัวใจ ☐ ตรวจเลือด ☐ อื่น ๆ

3. กรณีที่การรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้และค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

- (ก) วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา น.
- (ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ
- (ค) ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์
- (ง) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด)
- (จ) อวัยวะที่บาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะบาดแผล

4. กรณีรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากความเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้และค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

- (ก) อาการเจ็บป่วย
- (ข) อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- (ค) รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์
- | | วันที่ | ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ |
|--|--------|------------------------|
| แพทย์คนแรกที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ | | |
| แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | |
| แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา | | |
| แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกันนี้ในอดีต | | |

5. กรณีที่เป็นสตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

ขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี ตั้งครรภ์มาแล้ว เดือน

6. ชื่อสถาบัน หรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ (กรณีได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษา
ข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บมจ. อินเทอร์ไลฟ์ จอห์นแฮนค็อก ประกันชีวิต หรือผู้ได้รับมอบหมาย
สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกัน

(.....) (.....) (.....)

ความสัมพันธ์ ลงนามให้เหมือนกับในคำขอเอาประกัน

(เฉพาะกรณีที่ไม่อาจเรียกร้องด้วยตนเอง) วันที่
ลงนามนายจ้าง
วันที่

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
(CERTIFICATE OF HOSPITALISATION)

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยประกันภัยชนชั้นที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งรายงานนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เอาประกันภัยเอง

[The certificate to be completed by doctor at insured's expense]

1. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย Patient's name		อายุ Age		ปี เพศ years Sex	
บัตรประจำตัว () ประชาชน () ข้าราชการ () อื่น ๆ ID Card No Citizen Official Other		เลขที่			
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Date of admission		เวลา Time	น. AM/PM	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Date of discharge	
				เวลา Time	น. AM/PM
เลขที่ผู้ป่วยนอก Hospital No.		เลขที่ผู้ป่วยใน Admission No.		แผนกที่ทำการศึกษา Department	
2. อาการเจ็บป่วยที่สำคัญ Chief Complaint					
การณเกิดจากอุบัติเหตุ () วันที่เกิดเหตุ สาเหตุ					
3. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน/อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ Present illness					
4. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต Past history					
บันทึกประวัติความเจ็บป่วย, อุบัติเหตุ, การผ่าตัด หรือโรคต่าง ๆ Past records of illnesses, accident, surgical operations or diseases					
วันที่ Date	อาการเจ็บป่วย Nature of ailment	การวินิจฉัยโรค Diagnosis	การรักษา Treatment	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ Name and address of attending physician	
5. การตรวจระบบต่าง ๆ Review of systems					
6. สิ่งที่ตรวจพบในการตรวจร่างกาย Pertinent physical findings					
7. ผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค : การตรวจทางโลหิตวิทยา, ปัสสาวะ, การตรวจทางรังสี, การตรวจคลื่นหัวใจ, การตรวจตัวอย่างชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ Investigations การตรวจพิเศษต่าง ๆ, การตรวจเอดส์, อื่น ๆ					
8. การให้การรักษา Treatment					
9. การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินการของโรคที่สำคัญระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล Course in the hospital					
10. การวินิจฉัยโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล Discharged diagnosis					
11. การพยากรณ์โรค Prognosis					
12. การให้ยาเมื่อออกจากโรงพยาบาล Discharged medication					
13. เฉพาะสตรี : ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ () ไม่มี () มี เดือน months For female only : Has patient pregnancy no yes					
14. ความเห็น Comments					

(ประทับตราโรงพยาบาล)
hospital stamp

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจ/รักษา คุณวุฒิ _____
 Signature _____ Attending Physician Qualification _____
 (_____)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่ _____
Licence No. _____

วันที่ _____ / _____ / _____
Date _____

ชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าทำการรักษา _____
Name of Hospital _____

สถานที่ตั้ง _____ โทรศัพท์ _____
City/Town Tel.

N-014



โรงพยาบาลราชสีมานบุรี

1308/9 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ : (044) 262000 (50 เลขหมาย) 256263, 256289 FAX. (044) 256421

ใบรับรองแพทย์

พ.ญ.เรณู อารปรุ

วันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๕๗

ข้าพเจ้า

แพทย์ปริญญา, ใบอนุญาตประกอบอาชีพเวชกรรมเลขที่ ๒๐๐๕๙

ได้ทำการตรวจร่างกาย, รักษา พ.ญ.เรณู อารปรุ

มีอาการ ดังกล่าว

ให้การวิเคราะห์โรคคือ แพทย์ผู้ตรวจรักษา

มีความเห็น

☒ ได้มารับการตรวจรักษายจริงในวันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๕๗

☐ ได้พักรักษาตัวใน รพ.จริง ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

☐ สมควรพักรักษาตัวเป็นเวลา ตั้งแต่วันที่

ถึงวันที่

☐ อื่นๆ



โรงพยาบาลราชสีมานบุรี จำกัด

พ.ญ.เรณู อารปรุ

พ.ญ.เรณู อารปรุ
แพทย์ผู้ตรวจรักษา



โรงพยาบาล ราชสีมานบุรี

RATCHASIMA THONBURI HOSPITAL

1308/9 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.นครราชสีมา

(044) 262000 (50 คู่สาย), 256263, 256358 โทรสาร : 256421

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 30 1 009963

ใบ สริจรับ เงิน
R E C E I P T

เลขที่ 0/77916
วันที่ 29/09/2541
H.N. 116882

ชื่อ นาย ชัยวัฒน์ วัฒนโชติ

Description ประเภทของค่าบริการ		Amount Baht จำนวนเงิน
1. ค่าวัสดุการแพทย์	CSSD (MATERIAL)	130.00
2. ค่าบริการพยาบาล	SET	40.00
3. ค่ายา	MEDICINES	230.00
4. ค่าเวชภัณฑ์การแพทย์	MATERIAL	230.00
5. ค่าแพทย์	PROFESSION FEE	200.00
รวม		830.00
หัก ส่วนลด		46.00
(เ จี ค รี อ ย แ บ ค ลิ บ ส ี บ า ห ว ้น)		
รวมเงินทั้งสิ้น		784.00

สชชดา

ผู้รับเงิน CASHIER

เวลา 11:17:55.56

เรียน คุณ มีนภา

คำขอ ISU ที่สมัครกันแล้ว จ. ส่งมาให้สำหรับยื่นประกัน

ป. กันขอสมัครกันแล้ว มาด้วยคำว่า จ. ให้ ยื่นไปเลยก็แล้วกัน ก็เตรียมเอกสารมาเลย

แล้วนำมายื่นไว้ที่ประกัน โดยยื่นเงินสดไปก่อน แล้วแนบใบเสร็จ

ไปเปิดกับบริษัทประกันของตนเอง

โดยทำไป เสด็จบนถนน แล้วเงินขึ้นจาก บริษัทประกัน จ. ป. กอ

ด้วย

1. ใบเสร็จรับเงินตัวจริง

2. ใบรับรองแพทย์ตัวจริง [ยื่นก่อนแล้วใบขึ้นขอเปิดประกัน (แบบ
จัดค่าประกัน 300 บาท)]

3. ใบขึ้นขอเปิดประกัน

ด้วยเอกสารทั้งหมด ที่แนบมาไว้ 9 เดือนแล้วด้วย

012

11 มย 41

Group Insurance \$300 / yr.
Interlife John & Co

ส่วนที่ 1

หนังสือเรียกร้องเงินค่ารักษาในโรงพยาบาล

☐ HS ☐ HB

คำเรียกร้องที่

ชื่อผู้รับแจ้ง

หน่วย/ภาค/สาขา

วันที่รับแจ้ง / /

แบบและเลขที่กรมธรรม์

1. ชื่อและนามสกุล อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์

2. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

(ก) ชื่อโรงพยาบาล
(ข) ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา
(ค) ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
(ง) การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ให้การรักษา
(จ) แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่
(ฉ) ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่ได้ผ่าตัด ☐ ผ่าตัด โปรดบรรยายละเอียด
(ช) ได้รับการตรวจตามรายการต่อไปนี้หรือไม่ ☐ เอ็กซเรย์ ☐ ตรวจหัวใจ ☐ ตรวจเลือด ☐ อื่น ๆ

3. กรณีที่การรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ และค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

(ก) วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา น.
(ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ
(ค) ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์
(ง) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด)
(จ) อวัยวะที่บาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะบาดเจ็บแล้ว

4. กรณีรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากความเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ และค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก

(ก) อาการเจ็บป่วย
(ข) อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
(ค) รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์

	วันที่	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์
แพทย์คนแรกที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้		
แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา		
แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกันนี้ในอดีต		

5. กรณีที่เป็นสตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

ขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี ตั้งครรภ์มาแล้ว เดือน

6. ชื่อสถาบัน หรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ (กรณีได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษา
ข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บมจ. อินเทอร์ไลฟ์ จอห์นแฮนคอก ประกันชีวิต หรือผู้ได้รับมอบหมาย
สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกัน

(.....) (.....) (.....)

ความสัมพันธ์ ลงนามให้เหมือนกับในคำขอเอาประกัน

(เฉพาะกรณีที่ไม่อาจเรียกร้องด้วยตนเอง) วันที่ / /

ลงนามนายจ้าง

วันที่ / /

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
[CERTIFICATE OF HOSPITALISATION]

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยประกันภัยชีวิตที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งรายงานนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เอาประกันภัยเอง

[The certificate to be completed by doctor at insured's expense]

1. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย Patient's name		อายุ Age	ปี เพศ years Sex		
บัตรประจำตัว () ประชาชน () ข้าราชการ () อื่น ๆ ID Card No. Citizen Official Other		เลขที่			
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Date of admission	เวลา Time	น. AM/PM	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Date of discharge	เวลา Time	น. AM/PM
เลขที่ผู้ป่วยนอก Hospital No.	เลขที่ผู้ป่วยใน Admission No.	แผนกที่ทำกรรักษา Department			
2. อาการเจ็บป่วยที่สำคัญ Chief Complaint	กรณีเกิดจากอุบัติเหตุ () วันที่เกิดเหตุ ○ สาเหตุ				
3. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน / อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ Present illness					
4. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต Past history					
บันทึกประวัติความเจ็บป่วย, อุบัติเหตุ, การผ่าตัด หรือโรคต่าง ๆ Past records of illnesses, accident, surgical operations or diseases					
วันที่ Date	อาการเจ็บป่วย Nature of ailment	การวินิจฉัยโรค Diagnosis	การรักษา Treatment	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ Name and address of attending physician	
5. การตรวจระบบต่าง ๆ Review of systems					
6. สิ่งที่ต้องพบในการตรวจร่างกาย Pertinent physical findings					
7. ผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค : การตรวจทางโลหิตวิทยา, บัสสาวะ, การตรวจทางรังสี, การตรวจคลื่นหัวใจ, การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ Investigations					
การตรวจพิเศษต่าง ๆ , การตรวจเอดส์, อื่น ๆ					
8. การรักษา Treatment					
9. การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินการของโรคที่สำคัญระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล Course in the hospital					
10. การวินิจฉัยโรคมื้อออกจากโรงพยาบาล Discharged diagnosis					
11. การพยากรณ์โรค Prognosis					
12. ยาให้เมื่อออกจากโรงพยาบาล Discharged medication					
13. เฉพาะสตรี : ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ ○ ไม่มี ○ มี เดือน For female only : Has patient pregnancy no yes months					
14. ความเห็น Comments					

(ประทับตราโรงพยาบาล)
hospital stamp

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจ/รักษา คุณวุฒิ _____
 Signature _____ Attending Physician Qualification _____
 (_____)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่ _____
Licence No. _____

วันที่ _____ / _____ / _____
Date

ชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าทำการรักษา _____
Name of Hospital _____

สถานที่ตั้ง _____ โทรศัพท์ _____
City/Town Tel. _____



1308/9 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ : (044) 262000 (50 เลขหมาย) 256263, 256289 FAX. (044) 256421

พ.ญ.เรณู อาจปรุ

วันที่ 29 ก.ย. 2547

ข้าพเจ้า

แพทย์ปริญญญา, ใบอนุญาตประกอบอาชีพเวชกรรมเลขที่..... 20049.

ได้ทำการตรวจร่างกาย, รักษา..... พ. ชัยวัฒน์ วนิชย์

มีอาคาร.....ที่.....ตำบล.....

ให้การวิเคราะห์โรคคือ.....พบเชื้อวัณโรคปอด

มีความเห็น

- ☒ ได้รับการตรวจรักษายจริงในวันที่..... ๒๑ ก.ย. ๒๕๕๗
- ☐ ได้พักรักษาตัวใน รพ.จริง ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....
- ☐ สมควรพักรักษาตัวเป็นเวลา..... ตั้งแต่วันที่.....
- ถึงวันที่.....
- ☐ อื่นๆ.....
- รศ.ดร. อารุณ



พ.ญ. เรณู อารปร
แพทย์ผู้ตรวจรักษา

C



โรงพยาบาล ราชสีมานบุรี

RATCHASIMA THONBURI HOSPITAL

1308/9 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.นครราชสีมา
(044) 262000 (50 คู่สาย), 256263, 256358 โทรสาร : 256421

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 30 1 009963

รับ ได้รับ เงิน
R E C E I P T

เลขที่ 0/77916
วันที่ 29/09/2541
H.N. 116882

ชื่อ นาย ชัยวัฒน์ มณีรัตน์

Description ประเภทของค่าบริการ		Amount Baht จำนวนเงิน
1. ค่าวัสดุการแพทย์	CSSD (MATERIAL)	130.00
2. ค่าบริการพยาบาล	SET	40.00
3. ค่ายา	MEDICINES	230.00
4. ค่าเวชภัณฑ์การแพทย์	MATERIAL	230.00
5. ค่าแพทย์	PROFESSION FEE	200.00
รวม		830.00
หัก ส่วนลด		46.00
(จีตร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)		รวมเงินทั้งสิ้น 784.00

ผู้รับเงิน CASHIER

เวลา 11:17:55.56

(นางรศ. วัฒนา วิฑูรย์กุล)
ผู้จัดการ



ใบเสนอราคาและใบยืนยันการสั่งซื้อ

บริษัท สมบูรณ์การพิมพ์ จำกัด

เลขที่

สำนักงานใหญ่ 313 ถนนสุนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
โทร. (044) 243042, 253496, 259277 โทรสาร. (044) 254920
โรงงานสาขาที่ 1 254/1 ซอยมิตรภาพ 4 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
โทร. (044) 261232

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
3 30 10090 6 2

เรื่อง เสนอราคางานสิ่งพิมพ์

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2541

เรียน อธิการบดี

โดย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ทางบริษัทฯ มีความยินดีขอเรียนเสนอราคามายังท่าน เพื่อพิจารณาตั้งมีรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
1	แบบพิมพ์ "HAZARDS AND MAGIC EXECUTIVE SUMMARY" ขนาด 8.25" x 11.75" การเช่าเล่มแบบมดหลังคา เนื้อกระดาษ-ปกกระดาษการคอรท 260 แกรมพิมพ์ 4 สี เคลือบ ยู.วี. -เนื้อในกระดาษปกนค 80 แกรมพิมพ์ 1 สี ระบบการพิมพ์แบบก๊อปไปรีน จำนวนหนา 20 หนา	700 เล่ม	28 00	19,600 00
2	แบบพิมพ์ "HAZARDS AND MAGIC EXECUTIVE SUMMARY" ขนาด 8.25" x 11.75" การเช่าเล่มแบบไส้นทกาว เนื้อกระดาษ-ปกกระดาษการคอรท 260 แกรมพิมพ์ 4 สี เคลือบ ยู.วี. -เนื้อในกระดาษปกนค 80 แกรมพิมพ์ 1 สี ระบบการพิมพ์แบบก๊อปไปรีน จำนวนหนา 350 หนา	350 เล่ม	285 00	99,750 00
ราคารวม				119,350 00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 10%				11,935 00
จำนวนเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร)				131,285 00

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

กำหนดส่งมอบสินค้าได้ภายใน 10 วัน (หลังจากได้รับต้นฉบับและใบสั่งซื้อ)

กำหนดการยื่นราคาภายใน 30 วัน

เงื่อนไขการชำระเงิน 30 วัน

หมายเหตุ ราคาที่เสนอมารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

ภายหลังได้มีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการรับสินค้าเร็วขึ้นอีกเป็นภายใน 5 วัน บริษัทฯ คิดค่าบริการอีก 20% จากยอดจำนวน-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ซึ่งทางบริษัทฯ หวังว่าคงจะได้รับการพิจารณาในเรื่องนี้จากท่านและคงจะได้มีโอกาสรับใช้ท่านต่อไปตามสมควร
จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง จำนวนเงินการวางจ้างทั้งหมด

สำหรับลูกค้า/ผู้สั่งพิมพ์

ผู้อนุมัติสั่งพิมพ์งาน

(นายวิโรจ ชุกกลางศ)
ผู้แทนฝ่ายขาย/การตลาด

(นางรศนา วิฑูรกุล)
ผู้จัดการ