



สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

THE GOVERNMENT PHARMACEUTICAL ORGANIZATION SAVINGS AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

75/1 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8774 0-2203-8091-3 โทรสาร 0-2354-8775

75/1 Rama VI Road, Thungphayathai, Rajithavee, Bangkok 10400 Tel : 0-2354-8774 0- 2203 - 8091-3 Fax : 0-2354-8775

วันที่.....

เรื่อง ขอเบิกค่ายาและค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....ขอเบิก ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ของ ข้าพเจ้า คู่สมรส บิดา
 มารดา บุตร ชื่อ.....อาชีพ.....
สถานที่ทำงาน.....

เป็นผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นคนไร้ความสามารถ/เสมือนไร้ความสามารถ
ป่วยเป็น.....ได้รับการตรวจจาก.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ราชการ เอกชน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

ตามหลักฐานที่แนบมา จำนวน.....ฉบับ ดังมีรายการต่อไปนี้

- (1) ค่าห้องและค่าอาหารรวม.....วัน วันละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท
 - (2) ค่าอวัยวะเทียม,ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม,อุปกรณ์บำบัดรักษาโรค เป็นเงิน.....บาท
 - (3) ค่ารักษาพยาบาลอื่น เป็นเงิน.....บาท
- (.....) รวม เป็นเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าและ/หรือบุคคลในครอบครัว

- ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นหรือค่าสินไหมทดแทนจากบุคคลอื่น
 ได้รับการตรวจรักษาจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาใน

สถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....
และได้เบิกค่ารักษาพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและ
อุปกรณ์บำบัดรักษาโรค)

ได้ตรวจสอบเป็นการถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ผู้ช่วยผู้จัดการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
วันที่.....

<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติ ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (นางวนิดา เพ็ชรนิล) วันที่.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ ลงชื่อ.....ประธาน/รองประธานกรรมการ (.....) วันที่.....
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้รับเงินจำนวน.....บาท เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....