

## แบบยืนยันการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

วันที่ ...../...../.....

เรื่อง การยืนยันข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาล  
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

เนื่องจาก รพ..... รหัส .....

ขอยืนยันข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณี

- ☐ ผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง(CSCD)  
☐ ผู้ป่วยไต่หายเรื้อรังด้วยวิธีไฮโดเทียม(HD)  
 ระบบ ☐ CS ☐ UC

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

HN(*)	ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	เลขบัตรประชาชน	วันที่รับบริการ	ยืนยันรหัส (เลขอนุมัติ ถ้ามี)

(\*) ต้องเป็น Hn ตามรูปแบบที่ท่านส่งเบิก

รหัสที่ต้องการยืนยัน

รหัส ความหมาย

## ระบบผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง

- 53 วันที่รับบริการอยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก  
 55 ส่งเบิกซ้ำซ้อนใน รพ.เดียวกัน (ส่งต่างวันกัน)  
 56 ส่งเบิกซ้ำซ้อนใน รพ.เดียวกัน (ส่งในวันเดียวกัน)  
 57 ส่งเบิกซ้ำซ้อนกับการเบิกค่าเหมาจ่ายค่าฟอกไต  
 70 ส่งเบิกกรณีค่าใช้จ่ายสูง (แบบใบสรุปค่ารักษาพยาบาลด้วย)  
 72 ส่งเบิกค่าห้อง/ค่าอาหาร > 100 บาท

## ระบบรักษาทดแทนไตด้วยวิธีไฮโดเทียม

- 53 ระยะเวลาทับซ้อนใน รพ.เดียวกัน (ต้องแนบ Hemo Sheet ด้วย)  
 54 ระยะเวลาทับซ้อนใน รพ.อื่น (ต้องแนบ Hemo Sheet ด้วย)  
 57 วันที่ฟอกไตอยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก  
 58 ส่งเบิกก่อนออกหนังสือส่งตัว/ก่อนต่ออายุหนังสือส่งตัว(แจ้งเลขอนุมัติที่ซองด้วย)

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....

(.....)

หัวหน้าหน่วย.....

หมายเหตุ:

1. ส่งเอกสารฉบับนี้ได้ 2 ช่องทางคือ Fax: 02-298-0409 หรือ email: [cscd-adj@uc.chi.or.th](mailto:cscd-adj@uc.chi.or.th)
2. สกส.จะแจ้งผลการอนุมัติให้ท่านทราบทาง email ของ สถานพยาบาลคือ <hcode>@cs.chi.or.th หรือ

Email(โปรดระบุให้ชัดเจน):.....เบอร์โทร.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....