แจ้งยกเลิกรายการเบิกค่ารักษาพยาบาลเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง

ที่ (เลขที่หนังสือราชการผู้เบิก) เลขที่ _____ / _____

วันที่ _____

เรื่อง แจ้งขอยกเลิกข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

โรงพยาบาล_____ รหัส_____

เลขที่เอกสารตอบรับ/เลขที่เอกสารสรุปบัญชีเลขที่ _____ วันที่ _____

โดยมีรายการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ขอแจ้งยกเลิก ดังต่อไปนี้

วันที่ เวลา DTTran	**เลขประจำตัวผู้ป่วย** HN	**เลขสมาชิก** MemberNo	**เลขที่สำคัญ** InvNo	**ยอดเงินรวม** Amount	**ยอดเงินรวม** Paid

รวมค่ารักษาพยาบาลที่ทำการขอยกเลิกทั้งสิ้น _____ บาท (_____)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแจ้งขอยกเลิกคำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกนี้ ถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงนาม _____

( )

ตำแหน่ง _____