ลำดับ...................
หน่วยเลขานุการ รพ.
ตรวจสอบแล้ว
☐ มีประกันสุขภาพ
☐ ไม่มีประกันสุขภาพ
....
(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

แบบฟอร์มการขอยกเว้นส่วนเกินค่าห้องและค่าอาหาร
สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
พนักงานมหาวิทยาลัยปรับเปลี่ยน และญาติสายตรง
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เขียนที่...
วันที่............เดือน............................พ.ศ............

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว...เลขที่โรงพยาบาล..................................
ตำแหน่ง..สังกัดภาควิชา/ฝ่ายงาน...
มีความประสงค์ขออนุมัติยกเว้นส่วนค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้.-

☐ เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ.......................................วันที่/เดือน/พ.ศ.....................................

☐ นำนาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ./..อายุ...................ปี
เลขที่โรงพยาบาล...ซึ่งเป็น...............................ของข้าพเจ้า
เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ.................................ตั้งแต่วันที่/เดือน/พ.ศ..............................

หมายเหตุ
1. กรณีเข้าพักรักษาตัวในห้องเดอลุกซ์จะต้องชำระส่วนเกินเองทั้งหมด
2. บุตร ต้องอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์
3. **ขอแนบบัตรประชาชนของผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อประกอบการใช้สิทธิเบิกจากประกันสุขภาพ**

หน่วยประสานสิทธิ์ ตรวจสอบแล้ว
☐ ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพได้
....
☐ ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพไม่ได้
....
....
(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

(ลงชื่อ)...ผู้ขอรับสวัสดิการ
(...)
ตำแหน่ง..
หมายเลขโทรศัพท์............................

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า (หัวหน้าภาควิชา/ฝ่าย/งาน)...
ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..
☐ เป็นข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัยปรับเปลี่ยน
สังกัดภาควิชา/ฝ่าย/งาน...คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จริง
☐ ได้นำญาติสายตรง คือ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ...
เกี่ยวข้องเป็น.......................เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จริง

เรียน ผู้อำนวยการ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)..ผู้รับรอง
(...)
ตำแหน่ง..

(โทรศัพท์ที่ติดต่อได้...................)

อนุมัติ

....
วันที่.....................

13 ม.ค. 66