

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

แบบฟอร์มการยกเว้นส่วนเกินค่าห้องและค่าอาหาร
สำหรับ พนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว, พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ
และญาติสายตรง
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขที่โรงพยาบาล.....
ตำแหน่ง.....สังกัดภาควิชา/ฝ่าย/งาน.....
มีความประสงค์ขออนุมัติยกเว้นส่วนเกินค่าห้องและค่าอาหารตั้งแต่วันที่/เดือน/พ.ศ.....ดังนี้-

- เข้าพักรักษาตัวในห้องพิเศษ.....
- เข้าพักในห้องสามัญ
- ค่าอาหารพิเศษ
- กรณีผ่าตัดคลอดบุตรวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท

ข้าพเจ้าได้นำ นาย/นาง/นางสาว/ดช./ดญ./.....อายุ.....ปี
เลขที่โรงพยาบาล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาพยาบาล และมีความประสงค์ขอ
อนุมัติยกเว้นส่วนเกินค่าห้องและค่าอาหารตั้งแต่วันที่/เดือน/พ.ศ.....ดังนี้-

- เข้าพักรักษาตัวในห้องพิเศษ.....
- เข้าพักในห้องสามัญ
- ค่าอาหารพิเศษ
- กรณีผ่าตัดคลอดบุตรวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท

หมายเหตุ 1. พนักงานมหาวิทยาลัย ชั่วคราว /ประจำ หรือคู่สมรส คลอดบุตร ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล, ค่าห้อง,ค่าอาหารเอง และ
นำไปเบิกคืนจาก สำนักงานประกันสังคมจังหวัดต่อไป กรณีค่าใช้จ่ายที่เกิน 15,000 บาท ให้จ่ายเพียง 15,000 บาท
2. กรณีเข้าพักรักษาตัวในห้องฉุกเฉินจะต้องชำระส่วนเกินเองทั้งหมด
3. บุตร ต้องอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์
4. ขออนุญาตประชาชนของผู้ป่วย 1 ฉบับ เพื่อประกอบการใช้สิทธิเบิกจากประกันสุขภาพ

หน่วยประสานสิทธิ์ ตรวจสอบแล้ว

ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพได้

ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพไม่ได้

.....
(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

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

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า (หัวหน้าภาควิชา/ฝ่าย/งาน).....
ขอรับรองว่า.....

เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ชั่วคราว ประจำ สังกัดภาควิชา/ฝ่าย/งาน.....จริง

เป็นญาติสายตรง คือเป็น.....ของ นาย/นาง/นางสาว.....
พนักงานมหาวิทยาลัย ชั่วคราว ประจำ สังกัดภาควิชา/ฝ่าย/งาน.....จริง

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....

.....
วันที่.....

(โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....)