

แบบฟอร์มตรวจสอบ/ยืนยันสิทธิ ผู้ป่วยต่างชาติ

(Coverage verify for Foreigner Patient Form)

ชื่อ-สกุล HN..... วันที่.....
(Name) (Hospital number) (Date)

เจ้าหน้าที่การเงิน..... จุดบริการ..... เบอร์โทร.....
(Finance Officer) (Building/Place) (Tel.)

1 งานเวชระเบียน..... จุดบริการ..... เบอร์โทร.....
(Medical Record) (Building/Place) (Tel.)

2 งานสิทธิประกันสุขภาพ..... จุดบริการ..... เบอร์โทร.....
(Health Benefit Center) (Building/Place) (Tel.)

ผ่าน (Past) ไม่ผ่าน (Fail).....

หมายเหตุ : บัตรประจำตัวประชาชน / เอกสารยืนยันตัวตน

NOTE : ID card / Documentation