



แบบฟอร์มคำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการ
ด้านประกันชีวิตของผู้ป่วย (เจ้าของประวัติ)

F-WI-278/01,Rev.00

เจ้าของประวัติ

คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาล
เพื่อการดำเนินการด้านประกันชีวิต

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

เรื่อง ขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

ด้วยข้าพเจ้า (ชื่อ - นามสกุล)..... อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวผู้ป่วยหมายเลข (HN).....ในฐานะเจ้าของประวัติการรักษาพยาบาล มีความประสงค์ที่จะขอให้
แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่.....เพื่อเรียกร้องให้บริษัท.....จ่ายค่าสินไหม
ทดแทนหรือรับเงินที่เอาประกันไว้

ในกรณี ☐ ชดเชยรายวัน ☐ อุบัติเหตุ ☐ เบิกค่ารักษาพยาบาล ☐ โรคร้ายแรง ☐ อื่นๆ.....

การรับเอกสาร :

☐ ข้าพเจ้ามารับใบสรุปประวัติการรักษาด้วยตนเอง

☐ มอบอำนาจให้ (โปรดระบุชื่อ-นามสกุล).....เป็นผู้มารับ

☐ ส่งใบสรุปประวัติการรักษาทางไปรษณีย์ตามที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมกันนี้ได้แนบค่าธรรมเนียม จำนวน ๓๐๐ บาท และหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ชำระเงินที่การเงินกลางชั้น 1 อาคาร 1

ผู้ป่วยได้ชำระเงินแล้ว
ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่
ผู้รับ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
ใบเสร็จรับเงินลงวันที่.....

หลักฐาน

- ☐ ๑. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ ๒. หลักฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ ๓. แบบฟอร์มหนังสือสรุปประวัติการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันชีวิต (ถ้ามี)
- ☐ ๔. บัตรโรงพยาบาล หรือมีหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- ☐ ๕. หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อกับการบริหารโรงพยาบาลรามาริบัติ โทร (๐๒) ๒๐๑-๑๐๕๐ ในวันและเวลาราชการ