



แบบฟอร์มคำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการ
ด้านประกันชีวิตของผู้ป่วย (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

F-WI-278/02,Rev.00

คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาล
เพื่อการดำเนินการด้านประกันชีวิต

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

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

เรื่อง ขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

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

☐ บิดาของผู้ป่วย ☐ มารดาของผู้ป่วย ☐ ผู้รับมอบอำนาจ มีความประสงค์ที่จะขอให้แพทย์สรุปประวัติ
การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดีตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....
บัตรประจำตัวผู้ป่วยหมายเลข(HN)..... ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย.....

เพื่อเรียกร้องให้บริษัท.....จ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือรับเงินที่เอาประกันไว้

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

การรับเอกสาร :

☐ ข้าพเจ้ามารับใบสรุปประวัติการรักษาด้วยตนเอง

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

☐ ส่งใบสรุปประวัติการรักษาทางไปรษณีย์ตามที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมกันนี้ได้แนบบัตรธรรมเนียม จำนวน ๓๐๐ บาท และหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ชำระเงินที่การเงินกลางชั้น 1 อาคาร 1

ผู้ป่วยได้ชำระเงินแล้ว

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่

ผู้รับ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

ใบเสร็จรับเงินลงวันที่.....

หลักฐาน

- ☐ ๑. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของบิดาหรือมารดา (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ ๒. บัตรโรงพยาบาล หรือมีหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- ☐ ๓. สำเนาใบสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของประวัติ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ ๔. หลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น การเปลี่ยนชื่อ-สกุล, เปลี่ยนที่อยู่ เป็นต้น (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ ๕. แบบฟอร์มหนังสือสรุปประวัติการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันชีวิต (ถ้ามี)
- ☐ ๖. หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อบริหารโรงพยาบาลรามธิบดี โทร (๐๒) ๒๐๑-๑๐๕๐ ในวันและเวลาราชการ