



แบบฟอร์มคำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการ
ด้านประกันชีวิตของผู้ป่วย (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

F-WI-278/03,Rev.00

ผู้ป่วยเสียชีวิต

คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาล
เพื่อการดำเนินการด้านประกันชีวิต

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

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

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึ่งถึงแก่กรรมในฐานะเป็น ☐ บุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรมของผู้ป่วย ☐ คู่สมรสของผู้ป่วย

☐ บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย ☐ พี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย ☐ ผู้รับมอบอำนาจ มีความประสงค์ที่จะขอให้แพทย์สรุปประวัติ

การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

บัตรประจำตัวผู้ป่วยหมายเลข (HN).....ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย.....

เพื่อเรียกร้องให้บริษัท.....จ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือรับเงินที่เอาประกันไว้

ในกรณี ☐ ขาดเขยรายวัน ☐ อุบัติเหตุ ☐ เบิกค่ารักษาพยาบาล ☐ โรคภัยแรง ☐ อื่นๆ.....

การรับเอกสาร :

☐ ข้าพเจ้ามารับใบสรุปประวัติการรักษาด้วยตนเอง

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

☐ ข้าพเจ้าให้ส่งกลับใบสรุปประวัติการรักษาตามที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมกันนี้ได้แนบค่าธรรมเนียม จำนวน ๓๐๐ บาท และหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

ชำระเงินที่การเงินกลางชั้น 1 อาคาร 1

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

หลักฐาน

☐ ๑. สำเนาใบมรณะบัตรของผู้ป่วย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของผู้ยื่นขอ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ ๓. หลักฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ ๔. สำเนาหนังสือหลักฐานที่แสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือบุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดา มารดาของผู้ป่วย เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน

ทะเบียนสมรส หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ ๕. แสดงบัตรโรงพยาบาลหรือแจ้งเลขหมายบัตรโรงพยาบาล

☐ ๖. แบบฟอร์มหนังสือสรุปประวัติการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันชีวิต (ถ้ามี)

☐ ๗. หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่องานบริหารโรงพยาบาลรามาริบัติ โทร (๐๒) ๒๐๑-๑๐๕๐ ในวันและเวลาราชการ