



แบบฟอร์ม คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการ
ด้านประกันชีวิตของผู้ป่วย (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

F-WI-RAISO-HD-005/02

Rev.00

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาล
เพื่อการดำเนินการด้านประกันชีวิต

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

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

บิดาของผู้ป่วย มารดาของผู้ป่วย ผู้รับมอบอำนาจ มีความประสงค์ที่จะขอให้แพทย์สรุปประวัติ
การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....

บัตรประจำตัวผู้ป่วยหมายเลข(HN)..... ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย.....

เพื่อเรียกร้องให้บริษัท.....จ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือรับเงินที่เอาประกันไว้

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