

เขียนที่.....
.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาครินทร์

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของประวัติ จำนวน ฉบับ
☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ฉบับ
☐ สำเนาบัตรประชาชน สามี/ภรรยา/บิดา/มารดา/บุตร จำนวน ฉบับ
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน/สูติบัตร จำนวน ฉบับ
☐ หนังสือยินยอมมอบอำนาจ จำนวน ฉบับ
☐ สำเนาใบแสดงหน้าผู้รับผลประโยชน์ จำนวน ฉบับ
☐ สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน ฉบับ
☐ สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) จำนวน ฉบับ
☐ เงินสด จำนวน บาท

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....เป็น.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN).....

มีความประสงค์ขอ.....ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

เพื่อใช้ดำเนินการ () การเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยบริษัท..... () ประกอบการพิจารณาสมัคร

ทำประกันบริษัท..... (กรณีนำเอกสารเพื่อใช้ในการประกอบพิจารณาจากบริษัทประกัน ให้ระบุชื่อบริษัทให้ชัดเจน)

() อื่น ๆ.....

หากดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาจัดส่งกลับที่อยู่.....

.....

.....เบอร์โทรติดต่อ.....

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

****เอกสารเซ็นต์สำเนาถูกต้องทุกฉบับ****

หมวดบริการผู้ป่วย งานอำนวยการโรงพยาบาลสงขลาครินทร์ โทร. 074 - 451008