

เขียนที่.....
.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

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.....(กรณีนำเอกสารเพื่อใช้การประกอบพิจารณาจากบริษัทประกัน ให้ระบุชื่อบริษัทให้ชัดเจน)

() อื่น ๆ.....

หากดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาจัดส่งกลับที่อยู่.....

.....

.....เบอร์โทรติดต่อ.....

ขอแสดงความนับถือ

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

****เอกสารเซ็นต์สำเนาถูกต้องทุกฉบับ****

ศูนย์บริการเอกสารทางการแพทย์ งานเวชระเบียน
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร. 074 - 451043