แบบ รช.๑

 คำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

 เขียนที่ ..........................................................

 วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕65

ข้าพเจ้า .......................(1)................................... โดย....................(2).................................................. ..............................................................................................................ตามหนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเลขที่ .............................................. ลงวันที่........... เดือน .................. พ.ศ. ........... ตั้งอยู่เลขที่ ........................ ถนน...........................................................ตำบล/แขวง............................................ อำเภอ/เขต.................................................จังหวัด.......................................รหัสไปรษณีย์................................... โทรศัพท์ ...................................................... มีความประสงค์จะขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อโดยส่งพนักงาน/ผู้เอาประกันภัยของ...........(1)...............มารับบริการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการที่…….(3)........... โดย.................(1)......................................................................................... จะเป็นผู้รับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และจะปฏิบัติและทำสัญญารับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดไว้ทุกประการ

 ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. หนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับบริการหรือบริษัทประกันภัย
3. สัญญารับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ
4. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

 (............................................(2)...................................)

 ตำแหน่ง................................................................................

 ประทับตรา (ถ้ามี)

หมายเหตุ (1) ระบุชื่อบริษัท รัฐวิสาหกิจหรือผู้รับบริการอื่น

 (2) ระบุชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันห้างหุ้นส่วน บริษัทตามกฎหมายหรือหัวหน้าองค์การของรัฐ

 รัฐวิสาหกิจ หรือผู้รับบริการอื่น

 (3) ระบุชื่อหน่วยบริการ