



บริษัท โทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (มหาชน)
National Telecom Public Company Limited

คำขอรับเงินช่วยเหลือการรักษาพยาบาล

(เวชกรรม)

1. ข้าพเจ้า นาย วิรัช วิริยะ ตำแหน่ง วิศวกร 8 รหัสพนักงาน 323017
สังกัด ฝ่ายปฏิบัติการสื่อสารข้อมูล ส่วนปฏิบัติการ Access Network และ Internet Solution
คู่สมรส เบญจวรรณ วิริยะ ประกอบอาชีพ
เลขบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส 3601200037609
สถานะคู่สมรส สมรส

2. ขอเบิกเงิน

ข้าพเจ้า นาย วิรัช วิริยะ
ไม่มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานอื่น ซึ่งเจ็บป่วยเป็นโรค/อาการ/ชี กระดูกต้นแขนหัก
บุตร ลำดับที่ 1 วิทธิ์ธร วิริยะ (อายุ 16 ปี 11 เดือน) ไม่มีสวัสดิการใดๆ
ไม่มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานอื่น ซึ่งเจ็บป่วยเป็นโรค/อาการ/ชี Covid 19

	โรงพยาบาล						รวม
	รัฐบาล		เอกชน				
	คนไข้ใน	คนไข้นอก	คนไข้ใน	คนไข้นอก	ค่าอวัยวะเทียมฯ	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	
ข้าพเจ้า	0.00	10,761.00	0.00	2,691.00	0.00	0.00	13,452.00
บุตร	0.00	0.00	0.00	1,270.00	0.00	0.00	1,270.00
รวมจำนวนเงิน	0.00	10,761.00	0.00	3,961.00	0.00	0.00	14,722.00

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน 14,722.00 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน)

ขอรับรองว่า 1.เป็นการรับเงินช่วยเหลือตามสิทธิ 2.ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____
(นาย วิรัช วิริยะ)

ตำแหน่ง วิศวกร 8

วันที่บันทึกข้อมูล 14 ธันวาคม พ.ศ.2565

วันที่พิมพ์เอกสาร 14 ธันวาคม พ.ศ.2565

4. คำรับรองของหน่วยงานต้นสังกัด

เสนอ
ข้าพเจ้า
ตำแหน่ง

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตามที่ได้ตรวจสอบรับรอง

ได้ตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินช่วยเหลือแล้ว

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอมีสิทธิและรับเงินช่วยเหลือ ได้ตามจำนวนที่ขอรับ

ลงชื่อ
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำชี้แจง

1. การเบิกจ่ายเงินให้ใช้ใบสำคัญจ่ายเงินแบบ Journal Voucher (JV) สำหรับคนไข้ใน
2. กรณีที่สถานพยาบาลไม่มียา ,เกลือ ,ส่วนประกอบของเกลือหรือสารทำแทน ,น้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือดออกซิเจน , อวัยวะเทียม ,อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือ ไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอกซเรย์ได้
รักษาพยาบาลจะต้องซื้อ หรือรับการตรวจทางห้องทดลองเอกชน ต้องแนบใบรับรองแพทย์ที่ทำการรักษามาด้วย
3. กรณีขอใช้สิทธิเบิกเพิ่มส่วนที่ขาดให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด เป็นเท่าไร และอิงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบ และให้แนบสำเนาหรือถ่ายเอกสารหลักฐานที่ใช้สิทธิขอเบิกเงินไปแล้วด้วย
4. กรณีขอรับเงินช่วยเหลือสำหรับบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นผู้ไร้ความสามารถ
สำเนาคำสั่งศาล หนึ่งสำเนาด้วย
5. ในกรณีที่ใช้สิทธิตามระเบียบนี้โดยทุจริต หรือกรอกข้อความอันเป็นเท็จนอกจากจะต้องชดใช้เงินคืน และรับโทษทางวินัยหรือทางอาญาแล้ว จะหมดสิทธิที่จะได้รับเงินช่วยเหลือตามระเบียบนี้ตลอดไป
6. บุคลากรระดับที่ 4 ไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ
7. คำอนุมัติตามข้อ 5 ให้เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
8. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินช่วยเหลือ ไปโดยไม่มีสิทธิตามระเบียบนี้ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินคืนเต็มจำนวน หรือยินยอมให้หักเงินเดือน/ค่าจ้าง เพื่อชำระคืนเต็มจำนวนโดยทันที



บริษัท โรงพยาบาลรวมแพทย์ชัยนาท จำกัด
RHUAMPATH CHAINAT HOSPITAL CO.,LTD.
 170 ถ.ชัยนาท-สุพรรณบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 17000
 170 AMPHUR MUANG, CHAINAT 17000, THAILAND
 โทรศัพท์ (056)413017-8 แฟกซ์ : (056)413019

หมายเลขผู้ป่วย
 0185534000049

ใบเสร็จรับเงิน

Page : 1/1

เลขที่ OPD 65037753
 NO.

ชื่อ นาย วิรัช วิริยะ
 NAME

HN 6511975-0001

วินิจฉัยโรค
 DIAGNOSIS

วันที่ตรวจ : 23/10/2022 เวลา : 10:52

วันที่ชำระเงิน : 23/10/2022 เวลา : 12:21

รายการ DESCRIPTION	จำนวนเงิน AMOUNT
1.1.1(3) ยาผู้ป่วยนอก	1,151.00
1.1.12 ค่าบริการพยาบาล	100.00
1.1.14(1) ค่าทำแผล/ตัดไหม	200.00
1.1.14(2) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ	50.00
1.1.2(1) เวชภัณฑ์1	827.00
1.1.2(2) เวชภัณฑ์2	210.00
1.1.5(1) ค่าตรวจวินิจฉัยปกติ(เอกซเรย์)	680.00
1.2.1(1) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก	100.00
1.2.1(11) ตรวจวินิจฉัยสาขาเฉพาะ	100.00
รวม	3,418.00
ส่วนลด	0.00
Master Card	3,418.00
บอกรับเงิน TOTAL	0.00
เงินสด	0.00
สามพันสี่ร้อยสิบแปดบาทถ้วน	บอกรับเงิน GRAND TOTAL 3,418.00



จ่ายยาแล้ว

บอกรับเงิน
TOTAL

เงินสด

บอกรับเงิน
GRAND TOTAL

ลงชื่อ

(จันทภา)

เจ้าหน้าที่การเงิน



โรงพยาบาลรวมแพทย์ชัยนาท
RHUAMPATH CHAINAT HOSPITAL

170 หมู่ 4 ถนนชัยนาท-สุพรรณบุรี ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 17000

ใบรับรองแพทย์ (อุบัติเหตุ)

แผนก (Department).....

วันที่ (Date) ...23 ตุลาคม 2565.....

ข้าพเจ้า พญ.วิจิตรวิภา ฐาภิรัตน์

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (Medical License No.) 2.51042.....

ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยชื่อ (Patient's name) นายวิรัช วิริยะ..... เลขที่ผู้ป่วย (Hn) 6511975.....

เลขบัตรประชาชน (ID Card) 3600500692393.....

วันที่รับการตรวจ (Date of Examination) 23 ตุลาคม 2565..... เวลา (Time) 10:52.....

วันที่เกิดเหตุ (Date of Accident) 23 ตุลาคม 2565..... เวลา (Time) 00:00.....

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการบาดเจ็บ ล้มตก.....

การวินิจฉัย (Diagnosis) กบตูดอกในแนวทแยง.....

การรักษา (Treatment) เติมน้ำเกลือ.....

สรุปความเห็น :

✓ เข้ารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจริง เมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2565.....

เห็นควรให้หยุดพัก วัน ตั้งแต่ ถึง วันที่

เข้ารับการตรวจรักษาเป็นปกติใน วันที่ ถึง

อื่นๆ :



ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

Physician signature

(.....)

ผู้รับใบรับรองแพทย์

วันที่ / Date.....

โรงพยาบาลชลลดา

2/12 ถนนบางกรวย - ไทรน้อย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี Tel. 02-5717799 Fax. 025717988

ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นายแพทย์ ธนา สุระเจนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 2.13511

ได้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย นาย วิรัช วิริยะ เมื่อวันที่ 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

การวินิจฉัยโรค

สัปดาห์ที่ 1 (3 part to @ 10000)
แนว 6 W 1000
@ 10000 10000

ความเห็น () สมควรหยุดพักการศึกษาตัว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

✓ ได้รับการตรวจรักษาจริง

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(นายแพทย์ ธนา สุระเจน)





โรงพยาบาลชลลดา Chonlada Hospital

2/12 หมู่ 2 อ.บางกรวย-ไทรน้อย ค.โสนลอย อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110

โทร. 02-5717799 Fax. 02-5717988

บริษัท ซอสควาเท็กซ์ จำกัด (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0-1255-46006-65)

ใบเสร็จรับเงิน (RECEIPT)

เลขที่: RO 01/3520-241065

วันที่: 24/10/2565 10:52 น.

ชื่อ - สกุล: นายวิรัช วิริยะ
NAME

HN.NO. 103919

VN.NO. 169/241065

วินิจฉัย: fracture of

วันที่ตรวจ: 24/10/2565 9:02 น.

ชื่อแพทย์ที่รักษา นพ.ธนา สุระเจน

รหัส (CODE)	รายการค่ารักษาพยาบาล (PAYMENT FOR HOSPITAL TREATMENTS)	จำนวนเงิน (AMOUNT)	ส่วนลด (DISCOUNT)	คงเหลือ (BALANCE)
1.1.1	ค่ายา	60.00	0.00	60.00
1.1.2	ค่าเวชภัณฑ์	770.00	0.00	770.00
1.1.5	ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสี	450.00	0.00	450.00
1.1.7	ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์	300.00	0.00	300.00
1.1.12	ค่าบริการพยาบาล	100.00	0.00	100.00
1.1.14	ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล	150.00	0.00	150.00
1.2.1	ค่าตรวจรักษาทั่วไปของแพทย์ที่ปรึกษา	2,500.00	0.00	2,500.00
	ส่วนลดพิเศษ			
	ยอดรวม	4,330.00	0.00	4,330.00
	ยอดสุทธิ: 4,330.00			

(**สี่พันสามร้อยสามสิบบาทถ้วน**)

บัตรเครดิต

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

น.ส.ภาวิพร เต็มรักษ์

ใบประวัติการรักษา
โรงพยาบาล ชลตา

Hn 103919 ชื่อผู้ป่วย นายวิรัช วิริยะ อายุ 52 ปี
สิทธิการรักษา ชำระเงินเอง หมายเลขบัตร
วันที่เข้ารับบริการ 24 ต.ค. 2565 เวลา 9:02:50 VN 169/241065
วันที่จำหน่าย เวลา

รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวน	รวม
<u>1. ค่าตรวจรักษาทั่วไปของแพทย์ที่ปรึกษา</u>			
DF ค่าตรวจรักษาแพทย์ที่ปรึกษา	2500.0	1	2500.00
<u>2. ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสี</u>			
SHOULDER JOINT R AP	450.0	1	450.00
<u>3. ค่าบริการพยาบาล</u>			
ค่าบริการทางการแพทย์	50.0	2	100.00
<u>4. ค่าบริการหมวดจ่ายการรักษาพยาบาล</u>			
D/S ไข้ SET	150.0	1	150.00
<u>5. ค่ายา</u>			
Betadine ทาแผล 30 cc	60.0	1	60.00
<u>6. ค่าเวชภัณฑ์</u>			
Elastic bandage 4 นิ้ว	70.0	3	210.00
Fixomull stretch 10cmx10cm	50.0	1	50.00
ถุงมือ disposable	10.0	3	30.00
เฝือกปูน 6"	150.0	2	300.00
สำลีรองเฝือก 4"	80.0	1	80.00
สำลีรองเฝือก 6"	100.0	1	100.00
<u>7. ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์</u>			
ค่าเข้าเฝือก	300.0	1	300.00
รวมเงิน	**สี่พันสามร้อยสามสิบบาทถ้วน**		**4330.00**



ลงชื่อ



โรงพยาบาล
สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0-9930-00073-52-5

แผนกผู้ป่วยนอก / OPD

ต้นฉบับ / ORIGINAL

ใบเสร็จรับเงิน

EHSUMIRAJANAGANDHARA KIDNEY INSTITUTE HOSPITAL

MRP-02-993-4931-2

เลขประจำตัวพนักงาน :

ชื่อ / Patient Name : นาย วรวิทย์ วรวิทย์

เลขที่เอกสาร / Document No. : BO-22-0071317

เลขประจำตัวผู้ป่วย / HN : 1047042

วันที่ / Date : 24-10-2565 14:29

วันมาลาเข้ารับการรักษา : 24-10-2565 11:54

VN : 371

รหัสโรค / ICD10 : [S42] กระดูกไหปลาร้าหัก

สาขาวิชา :

รายการ / Description (Payment for Medical Treatments)	จำนวนเงิน / Amount (สามารถเรียกค่ารายการคืนได้)	
	เบิกไม่ได้	เบิกได้
ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยรังสีวิทยา (Radiological Diagnosis and Radiotherapy)		
44004, 44722		8,000.00
ค่าบริการทางการแพทย์ (Medical Service)		
55020	100.00	50.00
ค่าบริการอื่นๆที่ไม่ใช่เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (Other Hospital Charges)	30.00	
รวมเงิน	130.00	8,050.00
จำนวนเงินที่ต้องชำระ (Total Amount to be Paid)	รวมเงิน / Total	
(เมื่อพิจารณาถึงส่วนลดและสิทธิประโยชน์)	8,180.00	
ชำระโดย	นายแพทย์ / แพทย์ ASSISTANT ชื่อ น. / 11773341	

เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าเวชภัณฑ์
For patient safety's purposes, there will be no refund for Pharmacy & Medical Supply

(Page : 1)

ลายเซ็นผู้ป่วย (Patient's Signature)

ลายเซ็นการเงิน (Cashier Staff)

อัตรา เงิน

8/99 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ : 0 2785 3000 โทรสาร : 0 2785 3329



ใบรับรองแพทย์ Medical Certificate

เลขที่ (No) 20177/2022

วันที่ (Date) 24-10-2565

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (Physician) ธนา สุระเจน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (Medical License No.) ว.13511

ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยชื่อ (Patient's name) นาย วิรัช วิริยะ อายุ (Age) 52 ปี

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) 1047042 ตรวจเมื่อวันที่ (Date of Examination) 24-10-2565

วินิจฉัยว่าเป็นโรค (Diagnosis) กระดูกสันหลังหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

(T12 level fracture (P) postural trauma & ? vertebral fracture)

เห็นสมควรให้ (Recommendation)

☐ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจริง

☐ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลจริง (Admitted to the hospital)

ระหว่าง (from) ถึง (to)

☐ เห็นสมควรให้ลาป่วย (Sick leave)

ระหว่าง (from) ถึง (to)

☒ มารับการตรวจรักษาจริง (Medical examination done by doctor as OPD case)

☒ อื่น ๆ (Other) ได้รับการรักษาด้วยการใส่มือข้อ U-slap ที่โรงพยาบาลชลดา ตรวจเพิ่มเติมด้วย CT scan with 3D reconstruction ที่โรงพยาบาลสถาบันโรคไต ผู้ป่วยต้องการรักษาตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาลเดิม เนื่องจากมีโรคประจำตัว จึงขอส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

(หมายเหตุ ห้าเครื่องหมาย || หน้าชื่อที่ต้องการ และลงนามกำกับด้านหน้า || โดยแพทย์ทุกครั้ง)

(Physician, please check and sign the appropriate box)

ลงชื่อ

ธนา สุระเจน

แพทย์ผู้ตรวจ

Physician

วันที่

(นางสาว วนิดา ชัยชนะ, OPD)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / หน่วยงาน
Hospital Staff / Department



นาย วิรัช วิริยะ

ผู้รับใบรับรองแพทย์ หรือผู้รับการตรวจ
Patient's name or Client

โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์
Bhumirajanagarindra Kidney Institute Hospital

Receipt No :

Orders

Name : วิรัช วัชร

H.N. : 1047042

A.N. : _____

Calculate DateTime :

Doctor : ทวีป โอฬารจิน

Ward Room Bed :

Admission DateTime : 24-10-2565 11:54

Discharge DateTime : 24-10-2565 11:57

Major Disease : [S42] Fracture of shoulder and upper arm

Item Type : All Items

Bill Number : All Bills

Income Type : All Incomes

DateTime	Name	Quantit	Price	Amount	CGD Code	Type
24-10-2565 11:54	ค่าบริการโรงพยาบาล	1	50.00	50.00		ยานอภินิหารหลัก
24-10-2565 11:54	ค่าบริการพยาบาลผู้ป่วนนอก (ในเวลาทำการ)	1	100.00	100.00	55020	ค่าบริการพยาบาล
24-10-2565 13:56	No Doctor Fee	1	0.00	0.00		ค่าบริการทางการแพทย์
24-10-2565 12:58	CT Shoulder	1	6,000.00	6,000.00	44720	รังสีวิทยา
24-10-2565 12:58	Additional 3D reconstruction/ image proce	1	2,000.00	2,000.00	44004	รังสีวิทยา
24-10-2565 13:00	ค่า Write CD	1	30.00	30.00		
24-10-2565 13:00	No Doctor Fee	1	0.00	0.00		ค่าบริการทางการแพทย์
	Total Amount			8,180.00		



Total Amount :

Insurance Amount :

Patient Pay Amount :

Printed by BIT COMPUTER

Page (1)

24/10/2565 14:28



ที่ กค ๐๔๒๒.๒/๖ ๑๒๗

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระราม ๒ กทม. ๑๐๕๐๐

๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง การกำหนดเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน
ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด

ด้วยกรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบหมายจากกระทรวงการคลัง ได้กำหนดให้สถาบันโรคไต
ภูมิราชนครินทร์ เป็นสถานพยาบาลของทางราชการตามมาตรา ๔ แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายรังสรรค์ ศรีวรศาสตร์)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ
กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
โทร. ๐ ๒๒๒๗ ๗๓๔๘



ศูนย์บริการข้อมูลการเงินการคลัง กรมบัญชีกลาง (OGD Call Center) โทรศัพท์ ๐ ๒๒๗๖ ๖๔๐๐

ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๓.๓/๒๕๐๑



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง แจ้งรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

อ้างถึง หนังสือเลขที่ ภร. ๐๔๗/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๕ ตามที่
โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ได้เปิดดำเนินการโรงพยาบาลสถาบันฯ ที่มูลนิธิสถาบันโรคไตภูมิ
ราชนครินทร์ ได้สร้างถวายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาส ๖๐ ปีแห่งการครองราชย์สมบัติ โดยมีองค์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นประธานมูลนิธิ มีกำหนดการเปิดดำเนินการในปี
พ.ศ. ๒๕๕๕ และเพื่อให้เป็นการเบิกจ่ายเงินกับกรมบัญชีกลาง ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายตรงได้ จึงได้แจ้งขอรหัส
หน่วยงานดังกล่าวไปยังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ นั้น

ในการนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ตรวจสอบและกำหนดรหัสหน่วยงานดังกล่าว
ดังนี้

รหัส ๔ หลัก	รหัส ๕ หลัก	ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่
๐๐๒๔๔๒๓๐๐	๒๔๔๒๓	โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราช- นครินทร์	๔/๔๔ ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หากชื่อและที่อยู่ดังกล่าวข้างต้นไม่ถูกต้อง ขอความกรุณาแจ้งกลับมายัง กลุ่มข้อมูลทรัพยากร
และมาตรฐานรหัสสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเกิติ์ กรวมรัมย์)
ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๔๒

โทรสาร ๐ ๒๕๖๕ ๔๘๑๖

ใบเสร็จรับเงิน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ทำการ เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7000

เลขที่ 914R-RO9-66001351

วันที่ 26 ตุลาคม 2565

ชื่อ นาย วีรัช วัริยะะ

HN. 52-688341

เลขที่รับยา

รายการ		เบิกได้ (บาท)	เบิกไม่ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (บาท)
41003	ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัล (x 3)	750.00	
55020	ค่าบริการผู้ป่วยนอก	50.00	50.00
ชำระโดย		800.00	50.00
- เงินสด			
850.00 บาท			
รวมทั้งสิ้น		850.00	
(แปดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)			

ผู้รับเงิน น.ส.นากลดา อินทรารุณ

ลายมือชื่อดิจิทัล

เอกสารนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ สามารถตรวจสอบสถานะใบเสร็จรับเงิน ได้ที่ <https://si-eservice.mahidol.ac.th/CheckEReceipt>

ใบเสร็จรับเงิน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ทำการ เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7000

เลขที่ 914R-RO9-66001761

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565

ชื่อ นาย วีรัช วัริยะะ

HN. 52-688341

เลขที่รับยา

รายการ		เบิกได้ (บาท)	เบิกไม่ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (บาท)
41003	ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัล (x 3)	750.00	
55020	ค่าบริการผู้ป่วยนอก	50.00	50.00
ชำระโดย		800.00	50.00
- เงินสด			
850.00 บาท			
รวมทั้งสิ้น		850.00	
(แปดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)			

ใบเสร็จรับเงิน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ทำการ เลขที่ 2 ถนนวิสุทธิกษัตริย์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7000

เลขที่ 914R-RO9-66002531

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2565

ชื่อ นาย วิรัช วิริยะ

HN. 52-688341

เลขที่รับยา

รายการ

41003 ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัล (x 2)

เบิกได้ (บาท) 500.00
เบิกไม่ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (บาท)

55020 ค่าบริการผู้ป่วยนอก

50.00 50.00

ชำระโดย
- เงินสด

600.00 บาท

550.00

50.00

รวมทั้งสิ้น

600.00

(หกร้อยบาทถ้วน)

ผู้รับเงิน นายวันชัย จันสราญ

ลายมือชื่อดิจิทัล

เอกสารนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ สามารถตรวจสอบสถานะใบเสร็จรับเงิน ได้ที่ <https://si-eservice.mahidol.ac.th/CheckEReceipt>

ใบเสร็จรับเงิน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ทำการ เลขที่ 2 ถนนวิสุทธิกษัตริย์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7000

เลขที่ 914R-RO9-66003692

วันที่ 6 ธันวาคม 2565

ชื่อ นาย วิรัช วิริยะ

HN. 52-688341

เลขที่รับยา ER-O-18

ห้องยาอุบัติเหตุ

รายการ

41003 ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัล (x 2)

เบิกได้ (บาท) 500.00
เบิกไม่ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (บาท)

55020 ค่าบริการผู้ป่วยนอก

50.00 50.00

ค่ายา

11.00

ชำระโดย
- เงินสด

611.00 บาท

561.00

50.00

รวมทั้งสิ้น

611.00

(หกร้อยสิบเอ็ดบาทถ้วน)



ใบรับรองแพทย์

ภาควิชา นิติเวชศาสตร์

วันที่ 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ผู้ป่วยชื่อ นาย วิรัช วิริยะ

อายุ 52 ปี

เลขที่ภายนอก 52688341

เลขที่ภายใน -

มารับการตรวจรักษา

เมื่อวันที่ 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

รับไว้ในโรงพยาบาล

ตั้งแต่วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

ถึงวันที่ - เดือน - พ.ศ. -

การวินิจฉัย - ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความเห็น - มาตรวจโรงพยาบาลในวันที่ 26 ตุลาคม 2565

- ตรวจพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 26 ตุลาคม 2565 ตั้งแต่วันที่ 26 พฤศจิกายน 2565

- มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2565



ลงชื่อ นพ.อดิสร ก้าวตระกูล พ.บ.

นพ.อดิสร ก้าวตระกูล

2.62039

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ -

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้จะใช้ได้ต่อเมื่อมีการลงชื่อแพทย์ผู้เขียนและมีตราประทับของโรงพยาบาลเท่านั้น



โรงพยาบาลชลลดา

2/12 ถนนบางกรวย -ไทรน้อย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี Tel. 02-5718000 Fax. 025717988

ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นายแพทย์ พิศพงษ์ เต็งธนกิจใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 2.14184
ได้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย นาย วรวิทย์ วัณณะ เมื่อวันที่ 25 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

การวินิจฉัยโรค

Viral Infection การติดเชื้อไวรัส ตรวจพบเชื้อ Covid 19

ความเห็น ()สมควรหยุดพักรักษาตัว ตั้งแต่วันที่ 25 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
ถึงวันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
(/)ได้รับการตรวจรักษาจริง

ลงชื่อ แพทย์ตรวจร่างกาย
(นายแพทย์ พิศพงษ์ เต็งธนกิจ)





ใบประวัติการรักษา
โรงพยาบาล ชลลดา.

Hn 103680 ชื่อผู้ป่วย นายวิทธิ์ธร วิริยะ อายุ 16 ปี
สิทธิการรักษา ชำระเงินเอง หมายเลขบัตร
วันที่เข้ารับบริการ 25 ก.ค. 2565 เวลา 10:34:25 VN 175/250765
วันที่จำหน่าย เวลา

รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวน	รวม
<u>1. ค่าตรวจรักษาทั่วไปของแพทย์ที่ปรึกษา</u>			
DF ตรวจรักษา	200.0	1	200.00
<u>2. ค่าตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา</u>			
SARS-CoV-2 Rapid Ag	700.0	1	700.00
<u>3. ค่าบริการพยาบาล</u>			
ค่าบริการทางการแพทย์	50.0	2	100.00
<u>4. ค่ายา</u>			
Flemex tab (carbocisteine375)	8.0	15	120.00
Losedine [Carinose]	9.0	10	90.00
Rulid 150 mg [Roxica]	12.0	15	180.00
Tylenol (Para 500 mg)	3.0	10	30.00
รวมเงิน	**หนึ่งพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน**		**1420.00**



ลงชื่อ _____

โรงพยาบาลชลลดา

ใบรายงานผลการตรวจชิ้นสูตรโรค

วันที่ส่งตรวจ 25 ก.ค. 2565 10:48 น.

สิทธิการรักษา ชำระเงินเอง

หน่วยที่ส่งตรวจ : ห้องตรวจ OPD

ห้อง/เตียง :

แพทย์ : น.พ.พิรพงษ์ เต็งชนกิจ

LN : 2207250022นายวริทธิ์ธร วิริยะ

อายุ : 16 ปี HN: 103680 VN : 175/250765

ชุดรายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยวัด	ค่าปกติ
SARS-CoV-2 Rapid Ag (25 ก.ค. 2565, 10:46 น.)			
SARS-CoV-2 Rapid Ag	Positive		
Note	การตรวจ Rapid test Ag เป็นเพียงการตรวจคัดกรองเบื้องต้น กรณีตรวจได้ผลPositiveควรตรวจยืนยันเชื้อในระดับยืนยันด้วยวิธี RT-PCR		

ผู้รายงานผล : น.ส.ปรัชญากรณ์ อนันต์สิริกุล (ทน5146)

