แจ้งยกเลิกรายการเบิกค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ที่ (เลขที่หนังสือราชการผู้เบิก) เลขที่ _____ / _____

วันที่ _____

เรื่อง แจ้งขอยกเลิกข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

โรงพยาบาล_____ รหัส_____

เลขที่เอกสารตอบรับ/เลขที่เอกสารสรุปบัญชีเลขที่ _____ วันที่ _____

โดยมีรายการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ขอแจ้งยกเลิก ดังต่อไปนี้

เลขประจำตัวผู้ป่วย HN	**เลขที่สำคัญ** SessNo	**วันที่ทำธุรกรรม** BegHD

รวมรายการที่ขอยกเลิกทั้งสิ้น _____ รายการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแจ้งขอยกเลิกข้อมูลการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงนาม _____

( )

ตำแหน่ง _____

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารแจ้งการยกเลิกข้อมูลฯ มาที่ **02-2980409**
2. ข้อมูลที่ขอยกเลิกจะมีผลหลังจาก สกส. รับเอกสารแจ้งยกเลิกฯ 1 วันทำการ
3. สกส. จะแจ้งผลการขอยกเลิกข้อมูลให้ท่านทราบทาง email ของสถานพยาบาล คือ <hcode>@uc.chi.or.th (ขอให้ท่านติดต่อขอรับผลการยกเลิกข้อมูลฯ ได้ที่ฝ่ายรับลงทะเบียนผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่องของสถานพยาบาลท่าน)