

หน่วยงาน .....

ใบรับรองการยกเลิกใบเสร็จรับเงินและขอคืนเงินค่ารักษาพยาบาล

ขอรับรองว่า ผู้ป่วยชื่อ..... HN.....

ตรวจที่แผนก..... มีความจำเป็นต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงิน/คืนเงิน

ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่ ..... เลขที่ ..... ลงวันที่ .....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

- โดย  ขอคืนเงินเต็มจำนวน  
 ขอคืนเงินบางส่วนเป็นจำนวนเงิน.....บาท(.....)  
 ออกใบเสร็จรับเงินฉบับใหม่ เล่มที่..... เลขที่.....  
ลงวันที่.....  
จำนวนเงิน.....บาท(.....)

เนื่องจาก .....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

โทร.....

ใบรับเงินค่ารักษาพยาบาล (กรณีคืนเป็นเงินสด)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.)..... ซึ่งเป็นผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

ชื่อ..... HN.....

ตรวจที่แผนก..... ได้รับเงินคืนตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....

ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

(.....)

.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....

.....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....