

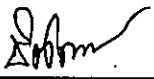
ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

วันที่ 27 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2568

1. ข้าพเจ้า นางสาวธิดาภรณ์ ปิยะวัฒนาศักดิ์ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ สังกัด ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ รหัสบุคลากร 2138075

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากป่วยเป็น กระดูกพรุน และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ เอกชน ตั้งแต่วันที่ 26 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 26 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2568 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 2,557.- บาท (สองพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ตามใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ 2 ฉบับ

3. การเบิกครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ในปีการศึกษา 2567 (ยอดวงเงินคงเหลือ 11,637.00 บาท)

ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก
(นางสาวธิดาภรณ์ ปิยะวัฒนาศักดิ์)

4. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

4.1 หัวหน้างาน/หัวหน้าภาค/หัวหน้าสาขาวิชา

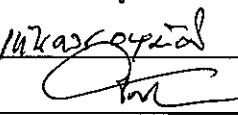
4.3 ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/เขต

ลงชื่อ _____
(_____)
_____/_____/_____

ลงชื่อ _____
(_____)
_____/_____/_____

4.2 หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าศูนย์/รองกอง/เขต

4.4 รองอธิการบดี/อธิการบดี

ลงชื่อ 
(อาจารย์ชัยมาศ คะมา)
หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
27/7/68

ลงชื่อ _____
(_____)
_____/_____/_____

5. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ สามารถเบิกได้ () เต็มจำนวน () ไม่เต็มจำนวน โดยจะเบิกได้ _____ บาท (_____) และจะยังคงเหลือเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในครั้งต่อไป เป็นเงิน _____ บาท

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(_____)
_____/_____/_____

6. คำรับรองของหัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ _____ บาท

ลงชื่อ _____ หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์
(_____)
_____/_____/_____

44/505 ถนนนวมินทร์ แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230
44/505 Nawamin Road, Nuanchan, Buengkum, Bangkok 10230
โทร (Tel) : 0 2944 7111 โทรสาร (Fax) : 0 2944 8046
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID) : 0107536000056

ใบเสร็จรับเงิน/Receipt
แผนกผู้ป่วยนอก/OPD

วันที่/Date : 26/07/2568

ชื่อ/Patient Name : นางสาว ธิติกาญจน์ ปิยะวัฒนาศักดิ์

เลขที่เอกสาร/Document No : ROE680071625

เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย/HN : 51-011914

บริษัทผู้สัญญา/Sponsor : ส่วนลด ค่ายา 10 % สำหรับลูกค้า Health Up.

เลขที่ผู้ป่วยนอก/VN : 952

แพทย์/Doctor name : นพ. ปัญจพล วิทิตวโรดม

วันที่เข้ารับรักษา/Visit Date : 26/07/2568

รายการ Description	จำนวนเงิน Amount	ส่วนลด Discount	จำนวนเงินสุทธิ Net Amount
1.1.5 ยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	1,596.00	159.00	1,437.00
1.14.2 บริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก	170.00		170.00
1.27.1 บริการ ใน โรงพยาบาล(ผู้ป่วยนอก)	150.00		150.00
1.28.1 ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกครั้งแรก	800.00		800.00
ตัวอักษร/Alphabet สองพันห้าร้อยห้าสิบเจ็ดบาทถ้วน	รวมทั้งสิ้น Total		
	2,716.00	159.00	2,557.00

รับชำระเงิน โดย/Payment by : บัตรเครดิต EDCกรุงเทพ 2,557.00 บาท

รหัสส่วนลด : ส่วนลดบัตรสมาชิก PS5 Membership - Health Society Club Village Member [MC]

สิทธิ/Right : GN06

เจ้าหน้าที่การเงิน/Cashier : สุวิมล จินดาพล [CSH]

Digitally signed by บริษัท โรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์ จำกัด (มหาชน)

DN: cn=บริษัท โรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์ จำกัด (มหาชน), c=TH

Date: 2025.07.26 12:50:27 +07

เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการรับคืนยาและเวชภัณฑ์

For patient safety purposes, there will be no refund for pharmacy & medical supplies.

****เรียนผู้รับบริการทุกท่านกรุณาให้คะแนนความพึงพอใจต่อการมารับบริการในครั้งนี้ ผ่าน QR Code ****

เอกสารนี้ได้จัดทำและส่งข้อมูลให้แก่กรมสรรพากรด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์



ใบรับรองแพทย์ (MEDICAL CERTIFICATE)

โรงพยาบาลพญาไท นวมิตร
44/505 ถนนพญาไท แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ
44/505 Nawamin Rd., Nuanchan, Bungboom, Bangkok 10230
Tel.+66 944-7111 Fax.+66 2944-8060

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง/ทันตแพทย์ (Physician/Dentist Name)..... นพ. ปัญจพล วิทิตโรดม..... แพทย์แผนปัจจุบัน
ชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรม/ทันตกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทะเบียนเลขที่ (Medical/Dental License No.)..... 2.36966.....
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาล (Hospital) โรงพยาบาล พญาไท นวมิตร
เลขที่ 44/505 ถนนพญาไท แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230
ได้ทำการตรวจ นาย/นาง/นางสาว น.ส. จิตกานต์ นิตะวัฒน์ศักดิ์..... (Patient) อายุ 55 ปี 5 เดือน 19 วัน..... ปี HN 51-011914
(I have examined Mr./Mrs./Miss) Age Year HN
มาได้รับการรักษา (Has been treated on)

- ☐ คนไข้ Out-Patient (VN.) : 952..... วันที่ (Date): 26 กรกฎาคม 2568
☐ คนไข้ In-Patient (AN.) : วันที่ (Date): ถึงวันที่.....

อาการ (Chief Complaint)
.....

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) (ระบุชื่อโรคเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) กรณีโรคผิวหนังงูขนระบุตำแหน่ง

โรคผิวหนัง งู ขน ทั่วตัว 06/10

การรักษา/การตรวจวินิจฉัย (Treatment / Investigation)

- ☒ ให้ยา (Medication) ☐ เอกซเรย์ (X-Ray) ☐ การตรวจวิเคราะห์ (Lab)
☐ ทำแผล (Dressing) ☐ ทำกายภาพ (Physical Therapy)
☐ ทำหัตถการ (Procedure)
☐ ผ่าตัด (Surgery)
☐ อื่นๆ (Other)

ความเห็นแพทย์ (Recommendation)

- ☒ สมควรให้หยุดพักรักษาตัว (Patient need to rest for) 1 วัน (Days)
ตั้งแต่วันที่ (From Date) 26 กค 68 ถึงวันที่ (To Date) 26 กค 68
☐ แนะนำ (Recommendation)
.....

ลงชื่อ แพทย์/ทันตแพทย์ ผู้ตรวจ
(Signature) (M.D. / D.D.S.)
(..... นพ. ปัญจพล วิทิตโรดม.....) Medical License No. 2.36966.....

(.....)
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / หน่วยงาน
Hospital Staff / Department



(.....)
ผู้รับใบรับรองแพทย์ หรือผู้รับการตรวจ
Patient's name or Client

