

หนังสือรับรองเพื่อประกอบการเบิกจ่าย
กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตามผู้ป่วยชื่อ.....เลขประจำตัวผู้ป่วย.....เข้ารับการตรวจรักษา
โรงพยาบาลปิฎกมั่งสาหาร เมื่อวันที่ได้รับยารักษาตามเลขที่การจ่ายยา
.....ซึ่งประกอบด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามรายการ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	มูลค่า	เหตุผล
รวม.....รายการ		จำนวนเงิน		
ตัวอักษร				

ข้าพเจ้า พิจารณาเห็นว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในการรักษาครั้งนี้
เห็นสมควรให้เบิกจ่ายได้ ตามหนังสือกระทรวงการคลัง (ด่วนที่สุด) ที่ กค.0422.2/ว 111 ลงวันที่ 24 กันยายน 2555

(ลงชื่อ).....แพทย์ที่ทำการรักษาพยาบาล
(.....)

****เหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ****

- EA. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- EB. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
- EC. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยา ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- ED. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสมบูรณ์ (absolute Controindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาในร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
- EE. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
- EF. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

(ใช้เฉพาะในการลงทะเบียนโครงการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง)

ที่ อบ 0027.001/

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ถนนพรหมเทพ อำเภอเมือง 34000

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน

ด้วยแจ้งว่า.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□ หรือ เลขที่บัตร

ประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่ของหนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี ซึ่งเป็น.....

ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า.....เลขที่ประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□ □□-□□□□-□□□□ อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัดกรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

รหัสหน่วยงาน 21002 กระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่ไม่สังกัดกระทรวง กรม

.....รหัสหน่วยงาน.....รหัสเขตท้องที่.....

ซึ่งเป็น.....ของผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายและขอได้โปรดส่ง

ข้อมูลของสถานพยาบาลเพื่อขอเบิกจากกรมบัญชีกลางต่อไปนี้ด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

**หมายเหตุ**

- (1) ให้ใช้เช่นเดียวกับหนังสือราชการ
- (2) ให้ระบุส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง
- (3) ให้ระบุชื่อข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 - (3.1) เลขที่ประจำตัวประชาชนของข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำหรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 - (3.2) ให้ระบุรหัสหน่วยงานที่ออกหนังสือรับรอง โดยใช้รหัสหน่วยงานตามเอกสารงบประมาณ ที่สำนักงานงบประมาณกำหนดของแต่ละปีงบประมาณ
- (4) ให้ระบุชื่อบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล พร้อมเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก (4.1) หรือเลขที่ประจำตัวคนต่างด้าว / เลขที่ของหนังสือเดินทาง (4.2)
- (5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 - (5.1) ให้ระบุความสัมพันธ์ของข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย
- (6) ให้ระบุรหัสเขตท้องที่ของจังหวัดที่หน่วยงานตั้งอยู่