ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

เลขที่ใบสั่งยา : _____

สิทธิ(ประทับตรา)..... **เลขที่ตรวจสอบ** _____ **ลงนามผู้ตรวจสอบสิทธิ.....**

ชื่อ - สกุล _____ **อายุ** _____

H.N. _____ **สิทธิ** _____ **วันที่** _____

V.N. _____ **ชื่อ - สกุล ผู้แทน** _____

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน		ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้คิดเงิน
		เบิกได้	เบิกไม่ได้	
	รวม			

ลงชื่อ.....

.....

ผู้ป่วย

หมายเหตุ : _____

_____

_____