

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

 วัน……..……เดือน……….…………พ.ศ…………

**เรียน**  เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

 ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)………………………………………………ตำแหน่ง.....................................................

ชื่อสถานพยาบาล.................................................................................รหัสหน่วยงาน..............................................

บ้านเลขที่......…………………ถนน……………..........………………………ตำบล/แขวง…....................................…………......อำเภอ/เขต…………………….......……….จังหวัด…………………………….รหัสไปรษณีย์……….........……………………………

เบอร์โทรศัพท์....................................เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร………..........................

มีความประสงค์จะรับเงินทุกประเภท จากกรุงเทพมหานคร โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร................

...................................................................ประเภท............................................รหัสสาขา......................................สาขา.....................................................................ชื่อบัญชี……………..………………………………..……..…........………..…เลขที่บัญชี ……………….....................................…………………...

 **ประทับตรา (ถ้ามี)** ลงชื่อ…………….......………………………ผู้ยื่นคำขอ

 (……………......……………………….)

**หมายเหตุ** 1. สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบการโอนเงินและดาวน์โหลดเอกสารแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง ได้ที่เว็บไซต์ https://mpay.bangkok.go.th หรือติดต่อ กองการเงิน สำนักการคลัง เบอร์โทร 0 2225 2360 หรือ 0 2221 2141 ต่อ 1183

2.กรณีบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานพยาบาล เป็นประเภทออมทรัพย์ ให้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี

เงินฝากธนาคาร

 3. กรณีบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานพยาบาล เป็นประเภทกระแสรายวัน ให้แนบสำเนาหน้า statement หรือสำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่มีเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีเงินฝากธนาคาร

 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชี สำเนาหน้า statement หรือสำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่มีเลขที่บัญชีและชื่อบัญชี เงินฝากธนาคาร ขอให้สถานพยาบาลรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมประทับตราสถานพยาบาล และระบุชื่อ เบอร์โทรศัพท์ ของเจ้าหน้าที่ที่สามารถติดต่อประสานงานได้

 ๕. สามารถส่งสำเนาแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคารได้ที่ e-mail (ระบุชื่อ เบอร์ติดต่อกลับให้ชัดเจน) : wanrudee.c@nhso.co.th และส่งเอกสารฉบับจริงที่ เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ อาคาร B ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210