**แบบแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี**

ที่...........................

 วันที่................เดือน..........................พ.ศ..........................

เรื่อง ขอแจ้งเหตุผลและความจำเป็นกรณีไม่ได้จัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริดาร ( ข้อมูลC305)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

 ตามที่หน่วยบริการ.................................รหัส....**D**...............ที่อยู่...................................................................

.........................จังหวัด..............................ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการ................................โดยไม่ได้จัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ข้อมูล บริการ..........(CI / PP / Model 1,2,3 )มีปัญหา......................รายการ หน่วยบริการจึงขอแจ้งเหตุผลและความจำเป็นที่ไม่ได้ดำเนินการดังกล่าวต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรานกรณี เนื่องจากไม่ได้รับการสื่อสารเรื่องที่ต้องอุทธรณ์ภายใน 31 ธันวาคม 2567

 ทั้งนี้ ข้าพเจ้า...............................................................ตำแหน่ง...................................................

หน่วยงาน/สังกัด........................................ขอรับรองว่าหน่วยบริการ ..........................................รหัส D...................ได้มีการให้บริการดังกล่าวแก่ผู้มีสิทธิจริง รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

 ขอแสดงความนับถือ

 ลงชื่อ.....................................................ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจลงนาม

 ( )

 ตำแหน่ง..................................................

ชื่อผู้ประสานงาน..........................

หมายเลขโทรศัพท์.............................

เหตุผลและความจำเป็นกรณีไม่ได้จัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริดาร

( ข้อมูลติด .... D001 หรือ อื่นๆ... )

หน่วยบริการ D................................รหัสหน่วยบริการ..........................

จ่ายเดือน.........................................กรณีบริการ...............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อหน่วยบริการ** | **รหัสหน่วยบริการ** | **โปรแกรมที่ส่งเบิก** | **PID** | **ชื่อ นามสกุล** | **เลขอ้างอิงโปรแกรมที่ส่งเบิก** | **วันที่เข้ารับบริการ** | **เหตุผลความจำเป็น** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

.

สรุปรวมทั้งสิ้น....................รายการ

 ลงชื่อ.....................................................ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจลงนาม

 ( )

 ตำแหน่ง..................................................