

ใบเบิกค่าใช้จ่าย/EXPENSE REQUEST

รหัสผู้รับเงิน/Receiver ID	1000641	เลขที่เอกสาร/Document No.	3019007978
ผู้รับเงิน/Receiver Name	บริษัท โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท จำกัด	วันที่/Document Date	01.08.2024
โทรศัพท์/Tel.			
E-mail			

ลำดับ No.	รายละเอียดสินค้า Description	สายอนุมัติ Tracking	วันที่รับเงิน Rec.date	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
1	ค่ารักษาพยาบาล Casual เจนรัตน์ กำปิ่น KC G/L Account : 6722021 - Medical Expense Cost Center : 3014889000 - HR Profit Center : 3014889000 - HR WBS : Y-3014889000.6722021 - HR-Medical Expense Project : Y-3014889000 - Human Resources	HR	01.08.2024	1	JOB	5,799.00	5,799.00

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร ***ห้าพันเจ็ดร้อยเก้าสิบเก้าบาทถ้วน***	จำนวนก่อนหักส่วนลด/Total	5,799.00
หมายเหตุ/Remark	หักส่วนลด/Discount	0.00
	จำนวนเงินหลังหักส่วนลด/Net Amount	5,799.00
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม/VAT	0.00
	รวมทั้งสิ้น/Total after VAT	5,799.00

ผู้ขอเบิก/Requested by Waritsaman Ngonsawan 01.08.2024	ผู้ตรวจสอบ/Verified by Piyathida Sermcharoenkit 01.08.2024 Nattakit Wattanachantaragul 02.08.2024	ผู้อนุมัติ/Approved by Patra Jamananda 02.08.2024
--	---	---

๒๐๑๙ ๐๘๗๖ ๗๘

บริษัท โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท จำกัด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0105516019063  
Kluaynamthai Hospital Company Limited Tax ID : 0105516019062

ใบวางบิล

หน้า 1

80 ซอยแสงจันทร์-รุบี แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
80 Soi Sangchan-Rubia, Prakanong, Klongtorty, Bangkok 10110  
โทรศัพท์: 02-769-2000 ลูกหนี้ต่อ 2028, เจ้าหนี้ต่อ 1091

เลขที่เอกสาร PB6707-0275

วันที่เอกสาร 09/07/2567

วันที่ครบกำหนด 08/08/2567

เครดิต 30 วัน

บริษัท เอ็น.ซี.ซี. แมนเนจเม้นท์ แอนด์ ดิเวลลอปเม้นท์ จำกัด สำนักงานใหญ่ 370211

ที่อยู่ 60 ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 ID: 0105534007639

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0105534007639

หมายเหตุ

โทรศัพท์ 02-2293602-3

ลำดับ	เลขที่ INV	วันที่	HN	ชื่อ-นามสกุล	จำนวนเงิน
1	1-0022024033698	24/06/2567	(O) 2024017019	นางสาว เจนรัตน์ กำปันทอง	5,799.00



โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

80 ซอย แสงจันทร์-รุบี แขวงพระโขนง  
เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
โทร. 02-769-2000 แฟกซ์ 02-381-3582  
www.kluaynamthai.com

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	ห้าพันเจ็ดร้อยเก้าสิบเก้าบาทถ้วน	5,799.00
ผู้อนุมัติ	ผู้วางบิล	ผู้รับวางบิล
วันที่ 12 7 67	วันที่ 12 7 67	วันที่ 12 7 24

(การชำระเงิน โปรดชำระด้วยเช็คชิตดลอม (ACCOUNT PAYEE ONLY) ในนาม "บริษัท โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท จำกัด" แทนเงินสด)

For all payments, no cash, please make "Account Payee Only, A/C" Cheque to Kluaynamthai Hospital Co.,Ltd.

กรณีชำระเงินช้ากว่ากำหนด จะคิดดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน Interest at 1.5% Per month will be charged on overdue accounts



โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท  
KLUAYNAMTHAI HOSPITAL

บริษัท โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท จำกัด Kluaynamthai Hospital Company Limited

80 ซอยแสงจันทร์-รุบี แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 โทร. 02-769-2000 โทรสาร 02-381-3582, 02-381-2769  
80 Soi Sangchan-Rubia, Prakaong, Klongtoey, Bangkok 10110, Thailand. Tel. 02-769-2000 Fax: 02-381-3582, 02-381-2769

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท, โรงพยาบาลผู้สูงอายุขนาดกลางกล้วยน้ำไท 2, เนอร์สซิงโฮม สาขา เนเชอรัลโฮม, เนอร์สซิงโฮม สาขา การ์เดน ลิฟวิ่ง โฮม, คลินิกพลโยธิน, คลินิกเพลนจิต

ทะเบียนการค้าเลขที่ 074814937  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105516010062

ใบแจ้งหนี้  
INVOICE

K-1

เลขที่/No. : 2024033698

ชื่อผู้ป่วย / Patient : นางสาว เจริญรัตน์ กำปันทอง

บริษัท เอ็น.ซี.ซี. แมนเนจเม้นท์ แอนด์ ดิเวลลอปเม้นท์ จำกัด สำนักงานใหญ่

แพทย์เจ้าของไข้ / Att. Doc. : นายแพทย์ ทวีศักดิ์ ภูริเวชกุล ภูธร B [600073] ที่อยู่ / Add. : 60 ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ ถนนรัชดาภิเษก

วันที่มาทำการรักษา / Date of Treat. : 24/06/2567 11:25:47

แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 ID:

เลขที่ประจำตัวคนไข้ / HN. : 2024017019

ID : 1101501161200

0105534007639

เลขที่ใบยา / Prescription No. : 627/1,341

การใช้สิทธิ์ : Contract

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID : 0105534007639

รายการ/Descriptions	จำนวนเงิน/Amount	ส่วนลด/Discount	ยอดเงินสุทธิ/Net Amount
1.1.1(3) ค่าผู้ป่วยนอก	985.00	98.00	887.00
1.1.2(1) ค่าเวชภัณฑ์ 1	558.00	56.00	502.00
1.1.12(4) ค่าบริการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	300.00	0.00	300.00
1.1.14(1) ค่าบริการชุดเหมาจ่าย	910.00	0.00	910.00
1.1.14(2) ค่าบริการ โรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกต่อวันต่อครั้ง	100.00	0.00	100.00
1.1.14(5) ค่าฉีดยา	100.00	0.00	100.00
1.2.1(4) ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน	600.00	0.00	600.00
1.2.2. ค่าทำหัตถการและหัตถการต่างๆ ของผู้ประกอบการวิชาชีพ	2,400.00	0.00	2,400.00
	5,953.00	154.00	5,799.00
( ห้าพันเจ็ดร้อยเก้าสิบเก้าบาทถ้วน )	รวม Total		

หมายเหตุ /REMARKS : เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของยาที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ไม่รับเปลี่ยน หรือรับคืนยา For pharmaceutical quality assurance, Kluaynamthai Hospital cannot provide refunds or accept any returned medications.

หัวหน้าการเงิน  
Head of Finance

ลายมือชื่อผู้ป่วย  
Patient Name

ผู้รับบิล  
Billing  
วันที่ Date

วันนัดรับชำระ  
Due Date

(การชำระเงินโปรดชำระด้วยเช็คขีดคร่อม (ACCOUNT PAYEE ONLY) ในนาม “บริษัท โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท จำกัด” แทนเงินสด)

For all payments, no cash, please make “Account Payee Only, AC” Cheque to Kluaynamthai Hospital Co., Ltd.

กรณีชำระเงินช้ากว่ากำหนด จะคิดดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน Interest at 1.5% per month will be charged on overdue accounts.

สำหรับวางบิล-เก็บเงิน  
For Bill-Collector

## ใบแจ้งอุบัติเหตุ

โปรดแนบเอกสารกรณีเรียกร้องค่ารักษาเบื้องต้น ดังนี้  
1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ 2. ใบรับรองแพทย์ 3. สำเนาบัตรประกัน  
4. ใบสรุปหน้างานคำรักษา 5. รับรองสำเนาบัตรประชาชน  
6. รับรองสำเนานำสมุดบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์ / กระแสรายวัน)

เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาสินไหม  
ให้แก่ผู้เอาประกันภัยได้อย่างรวดเร็ว  
โปรดกรอกข้อมูลให้ถูกต้องและ  
ครบถ้วน

- กรมธรรม์เลขที่ ..... ชื่อผู้จัดให้มีกรมธรรม์(Policyholder).....
1. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย(ผู้บาดเจ็บ) น.ส. วรรณรัตน์ กิจนพวง อายุ 24 ปี  
ที่อยู่ติดต่อได้ 200/231 หมู่ 5 ต. 66 พิกษา อ. ฝาง จ. เชียงใหม่ 40280 โทร 095 115 8582  
อาชีพ(ตำแหน่งหน้าที่การงาน) พนักงานขาย
2. (ก) อุบัติเหตุเกิดเมื่อวันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 เวลา 10.30  
(ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ บริเวณสวนสาธารณะ  
(ค) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร(บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียดพร้อมระบุสาเหตุที่ชัดเจน).....  
.....-อบ.รถยนต์.....  
.....-อบ.รถมอเตอร์ไซด์.....  
✓-อบ.อื่นๆ ลื่นล้มขณะเดินเล่น แล้วล้มลงศีรษะกระแทกกับพื้น
3. สภาพบาดเจ็บที่ได้รับ  
(ก) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (โปรดระบุข้างซ้ายหรือข้างขวา) ข้อนิ้วมือขวา  
(ข) ลักษณะของบาดแผลหรือความเจ็บปวด นิ้วมือขวา มีคม ดึง แผลที่เท้าขวา 3 นิ้ว
4. ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือพยาน (หนึ่งหรือหลายคน) อ. วิชาญ พรหม เลขที่ 147 ม. 5 ต. ฝาง อ. ฝาง จ. เชียงใหม่
5. หลังจากได้รับอุบัติเหตุข้างต้นแล้ว ผู้บาดเจ็บสามารถทำงานได้หรือไม่ อย่างไร  
ทำงานตามปกติ
6. ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....  
7. ข้อมูลอาการปัจจุบัน นิ้วมือขวา นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้ว无名指 นิ้วนิ้วนาง นิ้วนิ้วนัย
8. ประมาณการระยะเวลาการรักษา.....จึงจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ
9. มีประวัติเรียกร้องและได้รับค่าทดแทนกรณีนี้แล้วจากที่อื่นๆ ดังนี้.....
10. มีการทำประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นๆ ที่มีความคุ้มครองกรณีอุบัติเหตุ ได้แก่ (โปรดระบุชื่อบริษัทและทุนประกัน).....

ข้าพเจ้าขอแถลงว่า ข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บตามที่แจ้งไว้ข้างต้น หรือบุคคลตามที่แจ้งไว้ข้างต้นได้รับบาดเจ็บหรือได้เสียชีวิต และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าหากข้าพเจ้าแจ้งทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสารบิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ แล้ว สิทธิที่จะได้รับค่าทดแทนในครั้งนี้เป็นอันหมดสิทธิโดยทันที

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอมอบอำนาจให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยและมอบเอกสารประวัติทางการแพทย์ การรักษาและอื่นๆที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้าให้แก่ บมจ.อาคเนย์ประกันภัยหรือผู้แทนรับทราบได้ทุกประการ

อนึ่ง สำเนาเอกสารเพื่อการมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีประสงค์รับเงินค่าทดแทนเป็นเช็ค โปรดระบุที่จัดส่ง (ตัวบรรจง)

ชื่อผู้รับ.....

ที่อยู่.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

วันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผู้รับ นางวรรณรัตน์ กิจนพวง

(.....)

( ) ผู้เอาประกันภัย(ผู้บาดเจ็บ) หรือ

( ) ผู้รับประโยชน์ (ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต/ทุพพลภาพ) หรือ

( ) ผู้จัดให้มีกรมธรรม์ (Policyholder)

( ) อื่นๆ ระบุ.....



โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท (Kluaynamthai Hospital)  
80 ซอยแสงจันทร์-รุบี แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 โทร 02-769-2000  
80 Soi.Sangchan-Rubia, Prakanong, Klongtoey, Bangkok 10110 โทร 02-769-2000

เลขที่ (No.) 2024065674

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

80 ซอย แสงจันทร์-รุบี แขวงพระโขนง  
เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
โทร. 02-769-2000 โทร 02-331-3582  
WWW.Kluaynamthai.com

ใบรับรองแพทย์  
(Medical Certificate)

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ ทวีศักดิ์ ภูริเวชกุลณารB  
(Physician's name)

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่ 21599  
(Medical License No.)

หนังสือรับรองฉบับนี้ขอรับรองว่า (This is to certify that)

ชื่อ - นามสกุล นางสาว เจนรัตน์ กำปั่นทอง HN. 2024017019 อายุ 21 ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 1101501161200  
(Patient's Name) (Age) (Years) (ID. Number)

มาได้รับการรักษา  
(has been treated as)

☒ คนไข้นอก (Out - Patient) วันที่ (Date)

24/06/2567

☐ คนไข้ใน (Inut - Patient) AN.

วันที่ (Date)

จากการตรวจร่างกายของผู้ป่วยที่มีชื่อข้างต้นแล้วขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้ (provide the following comments.)

อาการ (Chief Complaint)

การวินิจฉัย (Diagnosis)

อุบัติเหตุแผลมีดบาดที่ปลายนิ้วกลางซ้าย เย็บแผล

ความเห็นของแพทย์ (Recommendation)

☒ ได้มาได้รับการตรวจรักษาจริง  
(has been examined)

☒ ได้มาได้รับการตรวจรักษาจริงและได้รับยาจริง  
(has been examined and received treatment)

สมควรให้หยุดพักรักษาตัว

2

วัน

(Patient need to rest for)

(Days)

ตั้งแต่วันที่

(From Date)

24/06/2567

ถึงวันที่

(To Date)

25/06/2567

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ (This certificate was issued on)

24/06/2567 13:25:02

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ  
(Patient's name)

นางสาว เจนรัตน์ กำปั่นทอง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ  
(Physician's name)

นายแพทย์ ทวีศักดิ์ ภูริเวชกุลณารB

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 1 1015 01161 20 0  
Identification Number

นางสาว น.ส. เจนรัตน์ กำปันทอง  
Name Miss Janerat  
Last name Kampuntong  
เกิดวันที่ 1 ต.ค. 2545  
Date of Birth 1 Oct. 2002

ที่อยู 200/281 หมู่ที่ 5 ต.นพพนา อ.เมืองสมุทรปราการ  
อ.สมุทรปราการ  
16 พ.ย. 2560  
วันออกบัตร  
18 Oct. 2017  
Date of Issue

วันหมดอายุ  
30 พ.ย. 2569  
30 Sep. 2028  
Date of Expiry

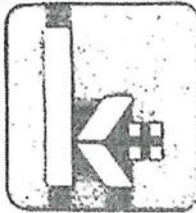
1105-02-10180954

จึง  
อเจ้า

เจ้าเจนรัตน์

น.ส. เจนรัตน์ กำปันทอง





โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท  
เลขที่ 80 ซอย แสงจันทร์ - ภูเก็ต แขวงพระโขนง  
เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
โทร 02-769-2000 แฟกซ์ 02-381-3582

เลขที่ .....  
เล่นที่ .....  
วันที่ 24 / 06 / 2024

## ใบส่งตัว

บริษัท เอ็ม.ซี.ซี. แมเนจเม้นท์ แอนด์ ดีเวลอปเม้นท์ จำกัด โทร 022293608, 3619

ตั้งอยู่ที่ 60 ซอย ถนน รัชดาภิเษก

แขวง คลองเตย เขต คลองเตย จังหวัด กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้ป่วย เอมรัตน์ นามสกุล กำปองทอง ตำแหน่ง CASUAL

☐ ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ☐ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ☒ รักษาพยาบาล ☐ อื่นๆ

รายละเอียดเพิ่มเติม

สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพครั้งนี้ให้เรียกเก็บที่

☐ สำนักงานกองทุนทดแทน เลขที่บัญชี

☐ สำนักงานแรงงานจังหวัด เลขที่บัญชี

☒ วางบิลที่บริษัท เอ็ม.ซี.ซี. แมเนจเม้นท์ แอนด์ ดีเวลอปเม้นท์ จำกัด

☐ ผู้ตรวจชำระเงินสด

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ เอมรัตน์ กำปองทอง ผู้ป่วย  
(.....)

ลงชื่อ (for) บริษัท  
(.....)

ผู้จัดการฝ่ายบุคคล

โปรดประทับตราบริษัท

# NCC

## ข้อมูลจากบัตรประชาชน

บัตรประชาชน 1 1015 01161 20 0  
นามสกุล น.ส. เจริญรัตน์ กำปันทอง  
วันเดือนปีเกิด 01 ตุลาคม 2545  
ที่อยู่ 200/281 หมู่ที่ 5 ตำบลแพรกษา อำเภอบางพลี  
เมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ  
วันออกบัตร 18 ตุลาคม 2560  
วันบัตรหมดอายุ 30 กันยายน 2569



ข้าพเจ้า น.ส. เจริญรัตน์ กำปันทอง

ได้รับเงินค่าจ้าง พนักงานรายวัน

ระบุวันที่ 24 มิถุนายน 2567

จากบริษัท M&D แผนก KC-COLD

จำนวนเงิน 700.00 บาท

เลขที่บัญชี 4290506488 ธนาคาร ธนาคารไทยพาณิชย์ (SCB)

เบอร์โทรศัพท์ 0951158582

วันที่ทำงาน 24 มิถุนายน 2567

เวลาเข้างาน 09:36

เวลาออกงาน 19:28

รวมชั่วโมงทำงาน 9 ชั่วโมง 52 นาที

ลงนาม ..... ผู้รับเงิน

"ข้าพเจ้า ยินยอมและ รับทราบว่า บริษัท เอ็น.ซี.ซี. แมนเนจเม้นท์ แอนด์ ดิเวลลอปเม้นท์ จำกัด จะดำเนินการ เก็บรวบรวม ใช้  
เปิดเผย และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กฎหมาย  
ลำดับรองที่เกี่ยวข้อง และกฎหมายฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่จะมีขึ้นในอนาคต"

ลงชื่อ ..... พนักงาน (เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)

วันที่พิมพ์ 24 มิถุนายน 2567 เวลา 19:28





Krungthai

กรุงไทย

✓

โอนเงินสำเร็จ

รหัสอ้างอิง

ABc459038e9974d90



ศุภฤกษ์ พกามาศ

กรุงไทย

XXX-X-XX511-5





นางสาว เจนริตน์ กำปิ่นทอง

ไทยพาณิชย์

XXX-X-XX648-8

จำนวนเงิน

700.00 บาท

ค่าธรรมเนียม

0.00 บาท

วันที่ทำรายการ

25 ธ.ย. 2567 - 07:09

บันทึกช่วยจำ

24/5 CKD