

รายละเอียดประกอบแบบทำแบบสรุปขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ประจำเดือน.....

ข้อมูล ณ วันที่

โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ลำดับ	วันที่	HN ผู้ป่วย	สิทธิเดิม	รายชื่อ	สิทธิที่เปลี่ยนแปลง	จำนวนเงิน(เพิ่ม/ลด)