

ที่/

ที่อยู่.....

(วัน เดือน ปี)

เรื่อง รับรองการให้บริการกรณี.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C349)

จำนวน 1 ชุด

ด้วยโรงพยาบาล/สถาบัน/หน่วยงาน จังหวัด..... ได้มี
การให้บริการ... ตรวจสอบคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อโรคโควิด 19

การให้บริการ Home Isolation หรือ Community Isolation
แก่ผู้มีสิทธิ/ผู้ติดเชื้อโควิด19 โดยที่ไม่ได้ขอ Authentication code หรือมีการขอ Authentication code ผิด
ประเภท ทำให้ข้อมูลดังกล่าว ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ข้อมูลติด C349 ไม่พบการ Authentication) นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ขอรับรองว่าโรงพยาบาล/สถาบัน/หน่วยงาน ได้มีการให้บริการดังกล่าวแก่ผู้มีสิทธิ
/ ผู้ป่วยโรคโควิด19 ตามรายชื่อในแบบฟอร์มรายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C349) ตามสิ่งที่ส่งมา
ด้วย จริง และไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ (ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....