



คู่มือสำหรับประชาชนของสถาบันโรคทรวงอก
กระบวนการขอประวัติการรักษาเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับประกันชีวิต

๑. ช่องทางการให้บริการ

ยื่นด้วยตนเอง : งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป อาคาร ๗ ชั้น ๕
สถาบันโรคทรวงอก ที่อยู่ ๗๔ ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๕๕๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๑๐

ทางไปรษณีย์ : ธุรการประกัน
สถาบันโรคทรวงอก ที่อยู่ ๗๔ ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

หมายเหตุ : เปิดให้บริการวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ยื่นทางอิเล็กทรอนิกส์ : nokyaksiri@gmail.com

๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๒.๑ หลักเกณฑ์

(๑) กรณีผู้ป่วย Admit สามารถยื่นคำร้องขอประวัติการรักษาได้หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเสร็จสิ้น และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

๒.๒ แนวทาง/เงื่อนไข

(๑) ระยะเวลา ตั้งแต่ยื่นคำร้องใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๔ วันทำการ

๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. รับคำร้องขอประวัติการรักษา	๑. เขียนคำร้องขอประวัติการรักษา ๒. ตรวจสอบเอกสารประกอบคำร้อง ๓. รับคำร้อง	๑ วัน	งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๕ อาคาร ๗
๒. ยืมประวัติ	๑. ส่งเรื่องยืมประวัติการรักษา จากเวชระเบียนและสถิติ	๓-๕ วัน	งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๕ อาคาร ๗
๓. ส่งแพทย์ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ	๑. เสนอผู้อำนวยการพิจารณาสั่งการ ๒. ส่งแพทย์ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ ๓. ส่งคืนงานธุรการ	๖ วัน	งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๕ อาคาร ๗
๔. เตรียมเอกสารประวัติเสนอลงนาม	๑. ถ่ายเอกสาร พิมพ์ จัดชุดประวัติ ๒. เสนอรองผู้อำนวยการด้านอำนวยการลงนาม	๑ วัน	งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๕ อาคาร ๗
๕. รับประวัติการรักษามาดำเนินการส่งให้ผู้ขอ	๑. แจ้งผู้ยื่นคำร้องให้มารับเอกสาร ๒. จัดส่งทางไปรษณีย์ ๓. จัดส่งให้ทาง E-Mail	๑ วัน	งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๕ อาคาร ๗

๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสาร	หมวดเอกสาร	ประเภทการใช้เอกสาร	หมายเหตุ
กรณีมาขอด้วยตนเอง / ทางไปรษณีย์ / ทาง E-Mail			
๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ	ใช้ยืนยันตัวตน	
๒. ใบรับรองแพทย์จากบริษัทประกัน	เอกสารอื่น ๆ		
๓. หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติ		ใช้ยืนยันความยินยอม	
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ	ใช้ยืนยันตัวตน	
กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต			
๑. สำเนากรมธรรม์หน้าที่ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์	เอกสารอื่น ๆ	ใช้เป็นหลักฐาน	
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (คนใดคนหนึ่ง)	เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ	ใช้ยืนยันตัวตน	
๓. สำเนาใบมรณบัตร	เอกสารอื่น ๆ	ใช้เป็นหลักฐาน	

๕. ค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการ

รายละเอียดค่าบริการโดยประมาณ :	๑. ค่าบริการ ๒๐๐.- บาท
หมายเหตุ :	๑. กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระที่ห้องฝ่ายการเงินและบัญชี อาคาร ๗ ชั้น ๕ ๒. กรณีส่งมาทางไปรษณีย์ ชำระโดยเงินสดหรือเช็คสั่งจ่ายในนามสถาบันโรคทรวงอก ๓. กรณีขอผ่านทาง E-Mail โอนบัญชีสถาบันโรคทรวงอก (เงินบำรุง) เลขที่ ๑๐๘-๐-๔๕๕๕๐-๖ (แจ้งหลักฐานการโอน)

๖. ใบอนุญาต

-

๗. การใช้ดุลยพินิจ

-

๘. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑.	ฟอร์มขอประวัติผู้ป่วยเพื่อนำไปดำเนินการเกี่ยวกับบริษัทประกันชีวิต

๙. ช่องทางการร้องเรียน

๑. เว็บไซต์สถาบันโรคทรวงอก <https://www.ccit.go.th/>
๒. ผู้รับความคิดเห็นภายในสถาบันโรคทรวงอก
๓. สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๘๑
๔. งานคุ้มครองจริยธรรม กลุ่มงานบริหารทั่วไป การกิจด้านอำนวยการ สถาบันโรคทรวงอก อาคาร ๗ ชั้น ๕
โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๗ ๐๙๑๒
๕. ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก อาคาร ๗ ชั้น ๕ โทรศัพท์ ๐-๒๕๔ ๗๐๙๐๐

๑๐. ผู้ประสานงานการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน

ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้จัดทำ งานธุรการ บริหารทั่วไป เบอร์โทร ๐-๒๕๔๗ ๐๙๑๐