



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
Department of Health Service Support

# คู่มือศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ สำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ



โดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กันยายน ๒๕๖๑



ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล  
ชาวต่างชาติ ในสถานพยาบาลภาครัฐ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
โทร ๐๒๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔ โทรสาร ๐๒๑๔๓๕๖๓๐  
สายด่วน ๐๒๑๔๓ ๗๙๙๙๙ email : medicalhub๗๐๒@gmail.com

วันที่ศูนย์ฯ รับเรื่อง.....  
หมายเลขรับเรื่อง.....  
เจ้าหน้าที่รับเรื่อง.....

แบบคำร้องขอให้ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ  
(Request Form )

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อผู้แจ้ง นาย/ นางสาว/ นาง ชื่อ.....นามสกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ..... เพศ  ชาย  หญิง  
กรณีนิติบุคคล  
ชื่อสถานพยาบาล.....เลขที่ตั้ง.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

๒. เรื่องที่ต้องดำเนินการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ติดตามค่าค้างชำระ  ประสานสถานเอกอัครราชทูต  
 ประสานสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง  ประสานกองทุน ตาม พรบ./ระเบียบที่เกี่ยวข้อง  
 อื่นๆ (ระบุ).....

๓. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ- สurname.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....  
หมายเลขหนังสือเดินทาง.....เข้ารับการรักษาด้วยอาการ.....  
เมื่อวันที่.....เสร็จสิ้นการรักษาเมื่อวันที่.....  
จำนวนค้างชำระ.....บาท สาเหตุ.....

๔. เอกสารประกอบยื่นคำร้อง

- สำเนาหนังสือเดินทาง  
 ใบรายงานความเห็นทางการแพทย์  
 สำเนาใบลงบันทึกประจำวัน  
 หนังสือมอบอำนาจ  
 หลักฐานการค้างชำระค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....รายการ  
 เอกสารอื่น ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการประสานงาน จำนวน.....รายการ

๕. รายละเอียดประกอบการยื่นคำร้อง (สามารถแนบเป็นเอกสารได้)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ผู้ยื่นคำร้อง.....

(.....)

วันที่...../...../.....



ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล  
ชาวต่างชาติ ในสถานพยาบาลภาครัฐ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
โทร ๐๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔ โทรสาร ๐๒๑๙๙๕๖๓๐  
สายด่วน ๐๒๑๙๓ ๗๙๙๙ email : medicalhub๗๐๒@gmail.com

### แบบรายงานผลการดำเนินงาน (Report Form)

ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) สำหรับการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ  
ในสถานพยาบาลภาครัฐ

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ยังไม่เริ่มดำเนินการ

เนื่องจาก.....

อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยได้ดำเนินงานต่าง ๆ แล้ว ดังนี้

.....  
.....  
.....

ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. วันที่ดำเนินการ

.....  
.....

๒. ผลการดำเนินการ

.....  
.....  
.....

๓. ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

.....  
.....  
.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....ผู้รายงาน  
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

- แบบฟอร์มคำร้อง -



ที่ สธ .....

ส่วนราชการ.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการจัดเก็บ  
ค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ

เรียน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ผ่านผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำร้องขอ (Request Form)

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ  
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)

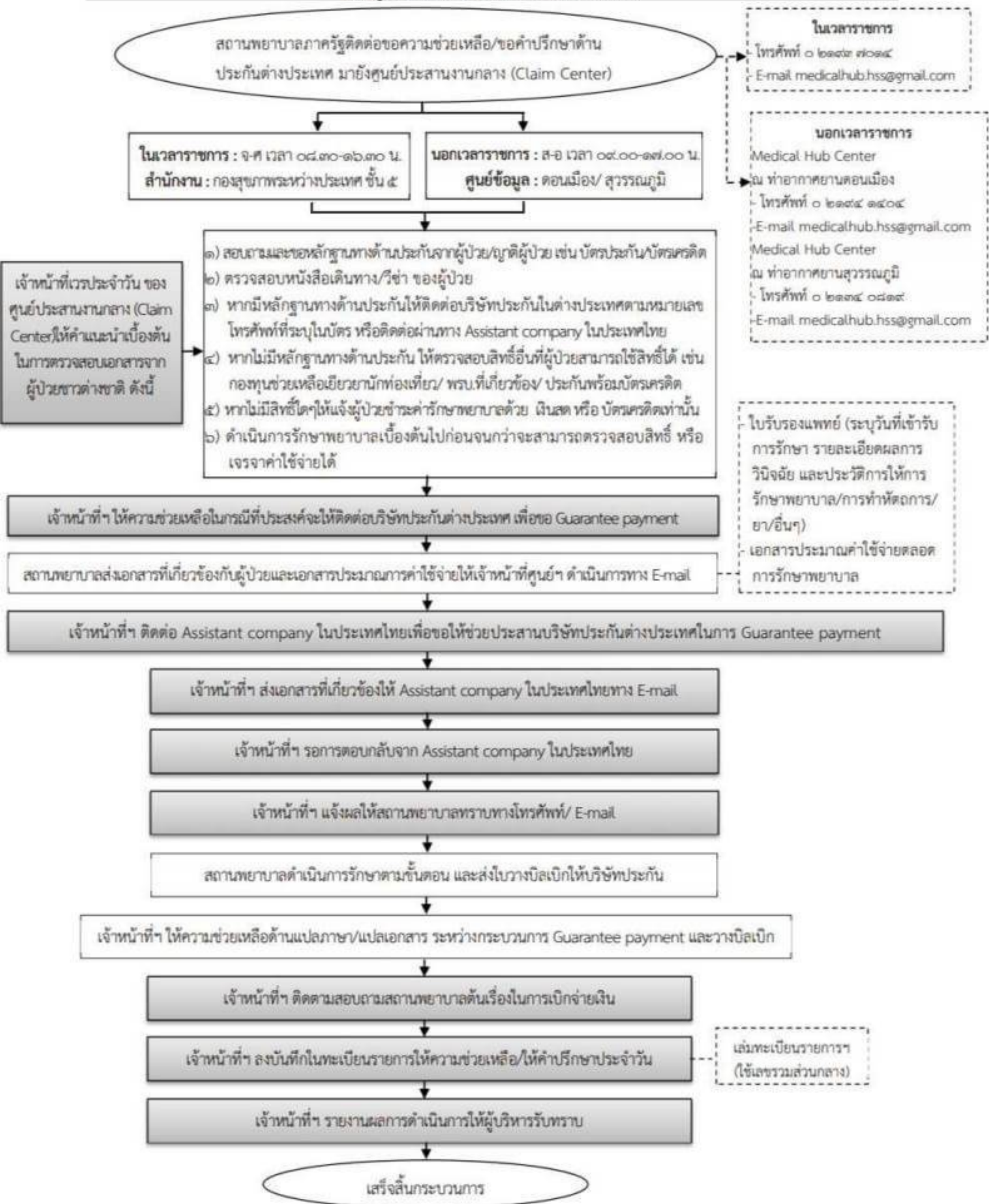
โทร.....

โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

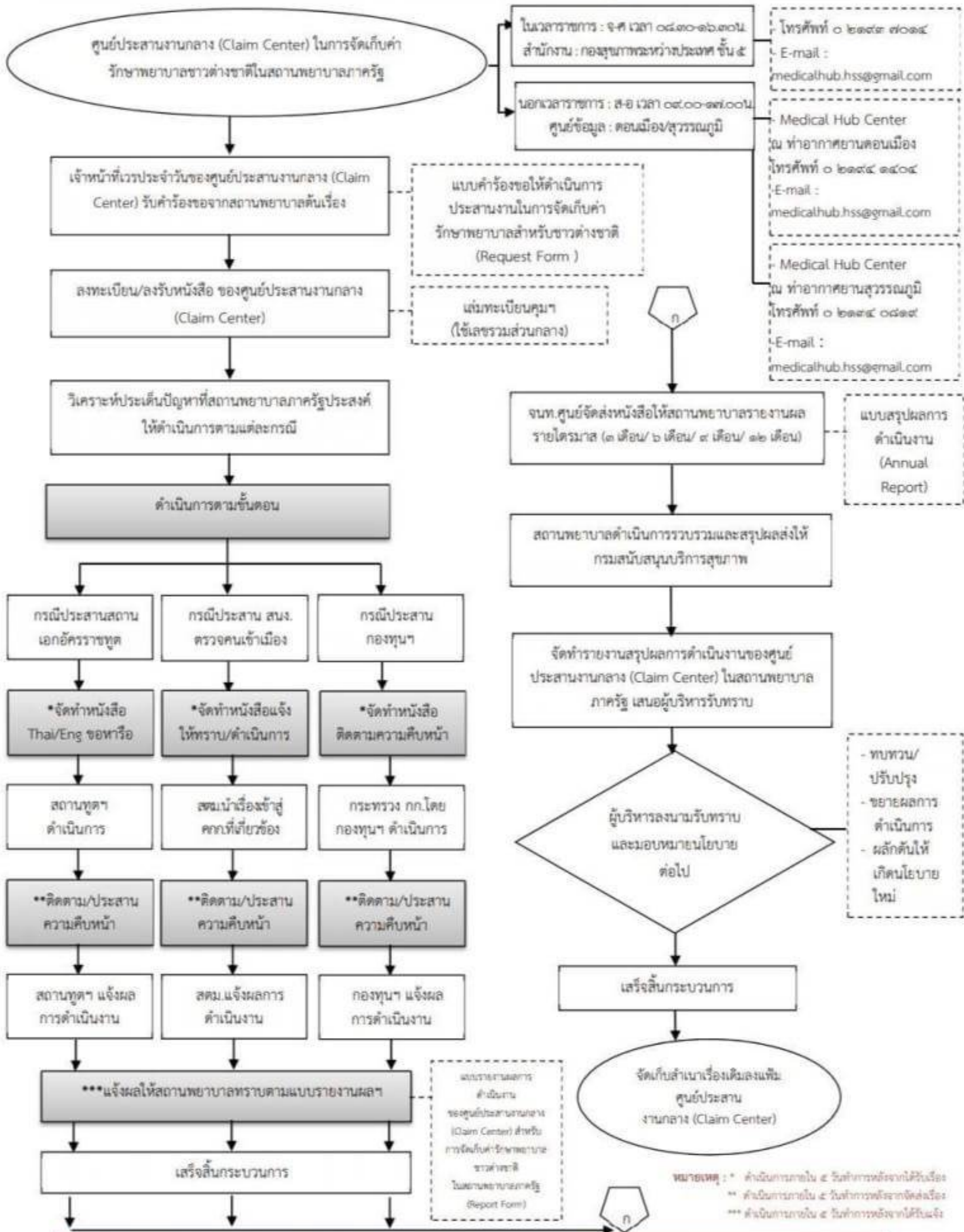
## ลำดับขั้นตอน (Work Flow)

(๒) การให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ  
ของศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center)



## ลำดับขั้นตอน (Work Flow)

### (๑) กระบวนการปฏิบัติงานภายในศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ



# Consent for sharing information

## แบบฟอร์มคำยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

Please complete the following questions:

กรุณากรอกข้อมูลดังกล่าว

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| Full name<br>ชื่อ-นามสกุล   |                                |                        |
| Date of Birth<br>วันเกิด  | Age<br>อายุ                    | Nationality<br>สัญชาติ |
| Passport Number<br>หมายเลขหนังสือเดินทาง  | Type of Visa<br>ประเภทของวีซ่า |                        |
| Address in Thailand<br>ที่พำนักในประเทศไทย  |                                |                        |
| Phone Number (UK/Thai)<br>หมายเลขโทรศัพท์   | Email<br>อีเมล                 |                        |
| Address in UK<br>ที่อยู่ในประเทศอังกฤษ  |                                |                        |
| UK Emergency Contacts (Relationship: _____) – Name/Address/Telephone/Email address<br>ชื่อ-ที่อยู่ติดต่อฉุกเฉินในสหราชอาณาจักร (ความสัมพันธ์: _____)  |                                |                        |
| NoK– Name/Address/Telephone/Email address<br>ชื่อ-ที่อยู่ของญาติ  |                                |                        |
| Thai/local Emergency Contacts (Relationship: _____) – Name/Address/Telephone<br>ชื่อ-ที่อยู่ติดต่อฉุกเฉินในประเทศไทย (ความสัมพันธ์: _____)  |                                |                        |
| Do you have insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>คุณมีประกันภัยหรือประกันสุขภาพหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี<br>Insurance Provider and Policy Number ชื่อบริษัทประกันและเลขที่กรมธรรม์:  |                                |                        |
| By signing this form, you have consented to the hospital/Embassy to inform your Next of Kin about your condition.<br>เมื่อท่านลงนาม ท่านอนุญาตให้โรงพยาบาลและสถานทูตฯ แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของคุณแก่ญาติ และ ครอบครัว   |                                |                        |
| Signature of Patient ลายมือชื่อ:  | Date วันที่:                   | Place สถานที่:         |
| Disclaimer:<br><small>This document is provided for information gathering and convenience of your facilitation as language assistant with the Thai medical services purpose only. By filing this document, you have affirmed that the information therein is accurate and consented that the information therein may be disclosed to the relevant authorities for further process and action. The disclosure and usage of this document is, therefore, at your own risk. Please note this is not a legal document and does not constitute any legal effect of any kind. No relationship of any kind is created between you and the Embassy and any person accessing or otherwise using this document. The Embassy and its officers do not assume or undertake any legal responsibility to you and will not be liable to any person for any damages, losses or causes of action of any nature arising from your medical condition or the usage or disclosure of this document or any failure to give information.</small><br><small>เอกสารนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลและความสะดวกในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของประเทศไทยในลักษณะตัวช่วยทางภาษาเท่านั้น เมื่อท่านได้กรอกข้อมูลในเอกสารนี้ ท่านรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงและยินยอมให้เปิดเผยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป การเปิดเผยและการใช้เอกสารนี้ถือเป็นการเปิดเผยข้อมูลและความรับผิดชอบของท่าน เอกสารนี้ไม่ใช่เอกสารทางกฎหมาย ไม่ก่อให้เกิดผลทางกฎหมายหรือความสัมพันธ์ในทางใดระหว่างท่านกับสถานทูต หรือกับบุคคลที่เข้าถึงหรือใช้เอกสารนี้ สถานทูต และเจ้าหน้าที่ ไม่สามารถรับผิดชอบทางกฎหมายใดๆ ต่อท่าน และจะไม่รับผิดชอบในความเสียหาย ความสูญเสีย หรือการกระทำใดๆ อันเกิดจากอาการของท่าน หรือการใช้หรือเปิดเผยเอกสารนี้ หรือการไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ</small> |                                |                        |



ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล  
ชาวต่างชาติ ในสถานพยาบาลภาครัฐ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
โทร ๐๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔ โทรสาร ๐๒๑๙๓๕๖๓๐  
สายด่วน ๐๒๑๙๓ ๗๙๙๙ email : medicalhub๗๐๒@gmail.com

วันที่ศูนย์ฯ รับเรื่อง.....  
หมายเลขรับเรื่อง.....  
เจ้าหน้าที่รับเรื่อง.....

แบบคำร้องขอให้ดำเนินการประสานงานในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ  
(Request Form )

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อผู้แจ้ง นาย/ นางสาว/ นาง ชื่อ.....นามสกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ..... เพศ  ชาย  หญิง  
กรณีนิติบุคคล  
ชื่อสถานพยาบาล.....เลขที่ตั้ง.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

๒. เรื่องที่ต้องดำเนินการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ติดตามค่าค้างชำระ  ประสานสถานเอกอัครราชทูต  
 ประสานสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง  ประสานกองทุน ตาม พรบ./ระเบียบที่เกี่ยวข้อง  
 อื่นๆ (ระบุ).....

๓. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ- สกุล.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....  
หมายเลขหนังสือเดินทาง.....เข้ารับการรักษาด้วยอาการ.....  
เมื่อวันที่.....เสร็จสิ้นการรักษาเมื่อวันที่.....  
จำนวนค้างชำระ.....บาท สาเหตุ.....

๔. เอกสารประกอบยื่นคำร้อง

- สำเนาหนังสือเดินทาง  
 ใบรายงานความเห็นทางการแพทย์  
 สำเนาใบลงวันที่กประจำวัน  
 หนังสือมอบอำนาจ  
 หลักฐานการค้างชำระค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....รายการ  
 เอกสารอื่น ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการประสานงาน จำนวน.....รายการ

๕. รายละเอียดประกอบการยื่นคำร้อง (สามารถแนบเป็นเอกสารได้)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ผู้ยื่นคำร้อง.....  
(.....)  
วันที่...../...../.....



## หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ

### ศูนย์ประสานงานกลาง (Claim Center) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

\*\*\*\*\*



#### ในเวลาราชการ

วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๔

โทรสาร : ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๐

#### นอกเวลาราชการ

- วันเสาร์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.

Medical Hub Center ณ ท่าอากาศยานดอนเมือง

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔

โทรสาร : ๐ ๒๑๙๔ ๑๔๐๔

- วันอาทิตย์ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.

Medical Hub Center ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙

โทรสาร : ๐ ๒๑๓๔ ๐๘๑๙

\*\*\*\*\*

สายด่วน : ๐ ๒๑๙๓ ๗๙๙๙

E-mail : [medicalhub.hss@gmail.com](mailto:medicalhub.hss@gmail.com)

Website : [www.thailandmedicalhub.net](http://www.thailandmedicalhub.net)

# สรุปภาพรวมการเดินทางเข้าสู่ประเทศไทยของชาวต่างชาติ



ท่องเที่ยว



พำนักระยะยาว

มากับบริษัททัวร์



มาด้วยตนเอง

1 ปี

5/5 ปี

พ.ร.บ.  
คุ้มครอง  
ผู้ประสบภัย  
รถยนต์

ประกัน  
อุบัติเหตุ  
ตามพรบ.  
ธุรกิจนำเที่ยว

ประกัน  
ส่วนบุคคล

พ.ร.บ.  
คุ้มครอง  
ผู้ประสบภัย  
รถยนต์

จ่ายเงิน  
เอง

ไม่มี  
ประกัน

มี  
ประกัน

มีประกัน  
ตาม  
ประกาศ  
มท.๑  
ข้อ 1 (5)

กองทุน  
ช่วยเหลือเยาวยา  
นทก.



สวัสดิการ  
ชื้อประกัน (สภาพบังคับ)

ไม่จ่าย



ประสาน  
สถานทูตฯ  
ติดตามญาติ



ก.ท่องเที่ยว  
เจ้าภาพหลัก

ระยะยาว : พัฒนาระบบ Reimbursement



Claim Center สบส.