

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๘/ว ๒๙๒



สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งการดำเนินการจัดทำสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อกับบริษัทประกันภัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘

อ้างถึง ๑. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. หนังสือสำนักตรวจราชการ ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๘/๑๗ ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการระบบหมอพร้อม I Claim ระยะแรก จำนวน ๑ ชุด
๒. รายชื่อบริษัทประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการ และชื่อผู้ประสานงาน จำนวน ๑ ชุด
๓. แนวทางการดำเนินงาน และรูปแบบ รช.๑, รช.๒ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ได้แจ้งการดำเนินงานระบบหมอพร้อม I Claim กับบริษัทประกันภัย ของโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยให้จัดทำสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ และมติคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ จากการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ เห็นชอบให้ดำเนินการระยะแรกในโรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียงขึ้นไป และโรงพยาบาลที่เคยมีสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อกับบริษัทประกันภัย และมอบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด พิจารณามอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามเป็นผู้รับสัญญา ตามข้อ ๑๔ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั้งนี้ แบบสัญญาฯ (รช.๒) รายละเอียดการเข้ารับการรักษาพยาบาล ขั้นตอนและเงื่อนไขการรับบริการรักษาพยาบาล ข้อกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินการรักษาพยาบาล รายละเอียดวิธีการชำระเงิน ระยะเวลาข้อตกลง การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งข้อยกเว้นการรักษาพยาบาล ที่แนบท้ายสัญญา ของบริษัทประกันภัย ๘ แห่ง ได้ผ่านการพิจารณาจากกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายนิติกร และผู้แทนศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ และผ่านการหารือ/แก้ไข ร่วมกับนิติกรของบริษัทประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการเรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ เพื่อให้การจัดทำสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ กับบริษัทประกันภัย โครงการระบบหมอพร้อม I Claim บรรลุวัตถุประสงค์ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอแจ้งการดำเนินการ ดังนี้

๑. มอบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด จัดทำคำสั่งมอบอำนาจ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ลงนามเป็นผู้รับสัญญา
๒. มอบผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๒๓ แห่ง ที่จัดทำคู่สัญญาในระยะแรก รายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ พิจารณาคำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๑) ของบริษัทประกันภัย ๘ บริษัท

/ที่ส่งตรงให้โรงพยาบาล....

ที่ส่งตรงให้โรงพยาบาล และพิจารณาลงนามผู้รับสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๒) ลงนาม
ข้อตกลงบริการรักษาพยาบาล แบบท้ายสัญญา จัดทำเอกสารประกอบสัญญาฯ ตามแนวทางการดำเนินงาน
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ขอความกรุณา จัดส่งชุดสัญญาฉบับ ของทั้ง ๘ บริษัท ส่งให้
กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ภายในวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕
เพื่อรวบรวมจัดส่งให้บริษัทประกันภัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ



นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

โทร. ๐-๔๒๒๑-๙๒๐๗-๘ ต่อ ๓๐๐

ผู้ประสาน นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ๑๒ แห่ง

รายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการระบบหมอพร้อม I Claim ระยะแรกของเขตสุขภาพที่ ๘
จำนวน ๒๓ แห่ง ดังนี้

๑. โรงพยาบาลอุดรธานี	จังหวัดอุดรธานี
๒. โรงพยาบาลกุมภวาปี	จังหวัดอุดรธานี
๓. โรงพยาบาลหนองหาน	จังหวัดอุดรธานี
๔. โรงพยาบาลบ้านผือ	จังหวัดอุดรธานี
๕. โรงพยาบาลเพ็ญ	จังหวัดอุดรธานี
๖. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง	จังหวัดอุดรธานี
๗. โรงพยาบาลหนองคาย	จังหวัดหนองคาย
๘. โรงพยาบาลโพนพิสัย	จังหวัดหนองคาย
๙. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	จังหวัดหนองคาย
๑๐. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	จังหวัดหนองบัวลำภู
๑๑. โรงพยาบาลศรีบุญเรือง	จังหวัดหนองบัวลำภู
๑๒. โรงพยาบาลนครพนม	จังหวัดนครพนม
๑๓. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	จังหวัดนครพนม
๑๔. โรงพยาบาลบึงกาฬ	จังหวัดบึงกาฬ
๑๕. โรงพยาบาลเซกา	จังหวัดบึงกาฬ
๑๖. โรงพยาบาลเลย	จังหวัดเลย
๑๗. โรงพยาบาลวังสะพุง	จังหวัดเลย
๑๘. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย	จังหวัดเลย
๑๙. โรงพยาบาลสกลนคร	จังหวัดสกลนคร
๒๐. โรงพยาบาลพังโคน	จังหวัดสกลนคร
๒๑. โรงพยาบาลวานรนิวาส	จังหวัดสกลนคร
๒๒. โรงพยาบาลอากาศอำนวย	จังหวัดสกลนคร
๒๓. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	จังหวัดสกลนคร

รายชื่อบริษัทประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการระบบหมอพร้อม I Claim จำนวน ๘ แห่ง และชื่อผู้ประสาน

ลำดับ	บริษัทประกันภัย	ชื่อผู้ประสาน	เบอร์ติดต่อ	E Mail
1	เอไอเอ	คุณปณณช ตันไม้ทอง	02-3538314	punyanut.tonmaithong@aia.com
2	เมืองไทยประกันชีวิต	คุณกัญปภัส (กอล์ฟ)	02-2749400 ext.3169	kanpapat_f@muangthai.co.th
3	ไทยประกันชีวิต	คุณพงศธร แก้วอัน	02-2460240	Pongsathorn.kae@thailife.com
4	ไทยสมุทรประกันชีวิต	คุณปัทมาพร ฉัตรเนตร	0-2009-0088 กต 2	patthamaporn.ch@ocean.co.th
5	กรุงเทพประกันชีวิต	คุณเบญจวรรณ ช่วยชุมชาติ	02-7778695	benjawan@bangkoklife.com
6	พรูเด็นเชียลประกันชีวิต	คุณพรธรรมภรณ์ พันธุ์เลิศ	02-3528181	Phatkaporn.phanlert@prudential.co.th
7	โตเกียวมารีนประกันชีวิต	คุณพรทิพย์ วิชัยสุทธิพันธุ์	02-6194324	Porntip.wic@tokiomarinelife.co.th
8	FWD	คุณปิยะธิดา อยู่สุชี	064-586-0960	Piyathida.y@fwd.com

ผู้ประสานงาน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

1. นางสาวภาวิณี ศรีสวัสดิ์ นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ เบอร์ติดต่อ 06-4295-3650
2. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 08-1872-4272
3. นางสาวเพ็ญพิชชา สุริยะจันทร์ นิติกรปฏิบัติการ เบอร์ติดต่อ 09-8945-5829

**แนวทางการดำเนินงานจัดทำคู่สัญญาการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อผ่านระบบ
Insurance Claim (I-Claim) ระบบพร้อม ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘
ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒**

๑. บริษัทประกันเอกชนที่จะเข้ามาเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาล จะส่งหนังสือคำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๑) และสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๒) รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อพิจารณา
๒. บริษัทประกันภัยแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องมาคู่สัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๒) เช่น ข้อตกลงการรับบริการรักษาพยาบาล ขั้นตอนและเงื่อนไขในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้ถือกรมธรรม์ รายละเอียดวิธีการชำระเงิน ค่าบริการส่วนที่ให้แก่และไม่ให้ความคุ้มครอง ข้อยกเว้นที่บริษัทประกันไม่ให้ความคุ้มครอง ระยะเวลาของข้อตกลง การเก็บรักษาความลับที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เครือข่ายนิติกรเขตสุขภาพที่ ๘ ได้ตรวจสอบเอกสารและได้หารือแก้ไข เพื่อไม่ให้ขัดแย้งกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ เรียบร้อยแล้ว ให้โรงพยาบาลรวบรวมเอกสารเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๒) ตามระเบียบฯ ข้อที่ ๑๕ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒
๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบเอกสารสัญญา และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
๔. กรณีโรงพยาบาลเห็นว่า เอกสารของบริษัทประกัน ที่แนบมากับสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๒) มีเนื้อหาขัดแย้งกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้นิติกรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบแจ้งกับผู้ประสานงานสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ เพื่อแจ้งทางบริษัทประกันภัยดำเนินการแก้ไข และส่งเอกสารที่แก้ไขกลับมาเพื่อพิจารณาอีกครั้งภายใน ๗ วันทำการ
๕. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มีหนังสือมอบอำนาจให้หัวหน้าหน่วยบริการเป็นผู้ทำการแทน ตามระเบียบข้อที่ ๑๔ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามารถลงนามในสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ (รช.๒) แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้
๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมายให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการเคลม จัดหาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการประกอบสัญญา ได้แก่ คำสั่งมอบอำนาจ , สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้อำนวยการโรงพยาบาล , ข้อมูลโรงพยาบาล , อัตราค่าบริการ , สำเนาสมุดบัญชี , เอกสารเพิ่มเติมอื่นๆของบริษัทประกันที่โรงพยาบาลจัดส่ง
๗. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมายให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการเคลม ลงวันที่ในสัญญาฯ รช.๒ จัดส่งชุดสัญญา รช.๒ ให้บริษัท และจัดเก็บชุดสัญญาไว้เป็นคู่ฉบับ
๘. หัวหน้าหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการเคลมของโรงพยาบาล ต้องรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ของการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อผ่านระบบ Insurance Claim (I-Claim) และระบบโทรสาร(แฟกซ์เคลม) ให้กับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับทราบ เพื่อประเมินผลการให้บริการต่อไป

คำขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

เขียนที่

วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า(๑)..... โดย.....(๒).....

.....ตามหนังสือรับรองของสำนักงาน

ทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเลขที่ ลงวันที่..... เดือน พ.ศ.

ตั้งอยู่เลขที่ ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ มีความประสงค์จะขอรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อโดยส่ง

พนักงาน/ผู้เอาประกันภัยของ.....(๑).....มารับบริการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการที่.....(๓).....

โดย.....(๑)..... จะเป็นผู้รับผิดชอบออกค่าใช้จ่าย

ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และจะปฏิบัติและทำสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อตามที่ระเบียบ

กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดไว้ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) หนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท

(๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับบริการหรือบริษัทประกันภัย

(๓) สัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

(๔) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(.....(๒).....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา (ถ้ามี)

หมายเหตุ (๑) ระบุชื่อบริษัท รัฐวิสาหกิจหรือผู้รับบริการอื่น

(๒) ระบุชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันห้างหุ้นส่วน บริษัทตามกฎหมายหรือหัวหน้าองค์กรของรัฐ

รัฐวิสาหกิจ หรือผู้รับบริการอื่น

(๓) ระบุชื่อหน่วยบริการ

สัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ

หนังสือสัญญานี้ทำขึ้น ณ ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
ระหว่าง(บริษัท) โดย.....
กรรมการผู้มีอำนาจผูกพัน.....(บริษัท).....ตามหนังสือรับรองสำนักงานทะเบียน
หุ้นส่วนบริษัทเลขที่ ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๕ ตั้งอยู่เลขที่
ถนนตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....ที่แนบมาพร้อมนี้ ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้ให้สัญญา” ฝ่ายหนึ่ง กับ
โรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....โดย.....(ชื่อ ผอ.รพ.)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับสัญญา” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้ง ๒ ฝ่ายตกลง
ทำสัญญามีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ให้สัญญาตกลงรับบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อโดยส่งพนักงานหรือผู้เอาประกันภัยของผู้ให้
สัญญาเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล.....และผู้รับสัญญาดตกลงให้หน่วยบริการดังกล่าวรับ
รักษาพยาบาลตามสัญญานี้

ข้อ ๒ การทำสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อฉบับนี้ ไม่ก่อให้เกิดสิทธิพิเศษแก่ผู้ให้สัญญารวม
ตลอดถึงพนักงานหรือลูกจ้างหรือผู้เอาประกันภัยของผู้ให้สัญญาแต่อย่างใด และผู้ให้สัญญา พนักงานหรือลูกจ้าง หรือ
ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือคำสั่งเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ที่ผู้รับสัญญาหรือหัวหน้าหน่วยงานบริการกำหนดไว้

ข้อ ๓ ในกรณีผู้ให้สัญญามีใช้บริษัทประกันภัยการส่งพนักงานเข้ารับการบริการรักษาพยาบาล ผู้ให้สัญญาต้อง
ทำหนังสือส่งตัวพนักงานถึงหัวหน้าหน่วยบริการตามข้อ ๑ ทุกครั้ง โดยแจ้งชื่อ ชื่อสกุล ตำแหน่งและเงื่อนไขในการ
รักษาพยาบาลให้ชัดเจน

ข้อ ๔ ในกรณีผู้ให้สัญญาเป็นประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยเข้ารับการบริการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ
หน่วยบริการตรวจสอบความถูกต้องของผู้เอาประกันภัยก่อนใช้สิทธิ์ทุกครั้ง โดยตรวจสอบ จากเอกสารส่งตัว หรือจาก
คุณสมบัติของผู้ถือบัตรประกันภัยหรือเอกสารแสดงสิทธิในการเป็นผู้เอาประกันภัย โดยพิจารณาคู่กับบัตรประชาชน
หรือบัตรอื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ ในกรณีผู้เอาประกันภัยของบริษัทประกันภัยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปีบริบูรณ์
ให้แสดงเอกสารส่งตัวหรือจากคุณสมบัติการผู้ถือบัตรประกันภัย หรือเอกสารแสดงสิทธิในการเป็นผู้เอาประกันภัย
พร้อมบัตรประชาชนหรือบัตรที่ทางราชการออกให้ของผู้ปกครองก่อนให้การรักษาพยาบาล โดยผู้เอาประกันภัยต้อง
เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้แสดงบัตรประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้

ข้อ ๕ หน่วยบริการตกลงส่งรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทประกันภัยประกอบกับ
การเบิกจ่ายเงิน ดังนี้

๕.๑ หนังสือเรียกให้มาชำระเงินพร้อมรายละเอียดค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

๕.๒ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

/ ข้อ ๖ ผู้ให้สัญญา.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

แบบ รช.๒ (ต่อ)

-๒-

ข้อ ๖ ผู้ให้สัญญาจะต้องชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวน โดยชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้รับสัญญา ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือเรียกให้มาชำระเงินจากหน่วยบริการ

ข้อ ๗ ถ้าผู้ให้สัญญาไม่ชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลหรือชำระไม่ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ ๖ หรือประพฤติดิตสัญญาข้อหนึ่งข้อใดก็ดี ผู้รับสัญญามีสิทธิบอกเลิกสัญญากับผู้ให้สัญญาได้และยินยอมให้คิดดอกเบี้ย ร้อยละ ๗.๕ ต่อปี จนกว่าจะชำระครบถ้วน

การบอกเลิกสัญญา ผู้รับสัญญาจะแจ้งให้ผู้ให้สัญญาทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

การบอกเลิกสัญญา หากผู้เอาประกันภัยของผู้ให้สัญญาอยู่ในระหว่างการรักษาในหน่วยบริการ หน่วยบริการตกลงที่จะรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลจนกว่าผู้เอาประกันภัยไม่ต้องพักรักษาในหน่วยบริการ อีกต่อไป และผู้ให้สัญญาตกลงที่จะรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามเงื่อนไขความคุ้มครอง

ข้อ ๘ คู่สัญญาฝ่ายใดประสงค์จะบอกเลิกสัญญาต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

ข้อ ๙ ทั้งนี้ รายละเอียดการเข้ารับการรักษาพยาบาล ขั้นตอนและเงื่อนไขการรับบริการรักษาพยาบาล ข้อกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินการรักษาพยาบาล รายละเอียดวิธีการชำระเงิน ระยะเวลาข้อตกลง การเก็บรักษาข้อมูล เป็นความลับ และการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งข้อยกเว้นการรักษาพยาบาล ปรากฏตามเอกสารแนบท้าย สัญญานี้ ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒

สัญญานี้ได้ทำขึ้นสองฉบับ มีความตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านข้อความในสัญญานี้โดยตลอดแล้วเห็นว่าเป็นการถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อพยานข้างท้ายนี้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้สัญญา
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....ผู้รับสัญญา
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....พยาน (บริษัท)
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน (โรงพยาบาล)
(.....)

ตำแหน่ง.....