

ที่............................ ....................................................

 วันที่.......... เดือน.................... พ.ศ. ..............

เรื่อง ขออุทธรณ์การระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงานการให้บริการไว้เป็นการชั่วคราว (Pending)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต.................................

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานประกอบการขออุทธรณ์การระงับการจ่ายเงิน ฯ จำนวน ๑ ฉบับ

 ตามที่สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงานการให้บริการ ของ.....................................................ที่ให้บริการในเดือน
กรกฎาคม – กันยายน ๒๕๕๕ ไว้เป็นการชั่วคราว (Pending) เนื่องจากข้อมูลบริการดังกล่าวอาจไม่ถูกต้อง หรือผิดปกติ จำนวน...............รายการ นั้น

 ในการนี้ .................................................. ขออุทธรณ์การระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงานการให้บริการไว้เป็นการชั่วคราว (Pending) ดังกล่าวนี้ จำนวน............รายการ ดังมีรายละเอียดตามรายงานประกอบการขออุทธรณ์การระงับการจ่ายเงิน ฯ ที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้ ทั้งนี้ มีความยินดีให้ความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต..................................ในการตรวจสอบข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของ........................................... ซึ่งถ้าผลของการตรวจสอบพบว่าว่าข้อมูลการให้บริการ นั้น
ไม่ถูกต้อง หรือมีความผิดปกติจริง ขอให้สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ระงับการจ่ายเงินได้ตามความเหมาะสมต่อไป

ชื่อผู้ประสานงาน..........................................................ตำแหน่ง.............................................. โทรศัพท์............................ โทรศัพท์มือถือ................................ E-mail.............................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ขอแสดงความนับถือ

 (.........................................................)

 ตำแหน่ง...........................................................