

ที่.....



ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอเข้าร่วมโครงการหน่วยบริการนำร่องเพื่อการเชื่อมต่อ API สำหรับโปรแกรม e-Claim ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำนวน ..... ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีโครงการหน่วยบริการนำร่อง เพื่อทำการเชื่อมต่อผ่าน Application Programming Interface (API) สำหรับการตรวจสอบและยืนยันการเข้ารับบริการ (Authentication) และการเบิกจ่ายชดเชยของระบบ e-Claim เพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... รหัสหน่วยบริการ(5 หลัก) ..... ได้ทำการทดสอบส่งข้อมูล 16 แพ้ม เชื่อมต่อ API ส่งเข้าทดสอบ e-Claim online ในระบบ Test zone แล้วทางโรงพยาบาล.....ขอใช้ระบบ API ส่งข้อมูล 16 แพ้ม เข้า e-Claim online ในระบบ Production zone ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบเพื่อประสานงานเข้าร่วมโครงการดังกล่าว หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

( ผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ )

.....(ชื่อหน่วยงาน)

.....(หมายเลขโทรศัพท์)

.....(หมายเลขโทรสาร)