แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ 1 รหัสนักศึกษา	ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน	ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัย
หน่วยคำร้อง หลักสูตร	(เอกสารที่เป็นต้นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)	สถานะ
วันที่เดือนพ.ศ คณะ	🔲 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว	🗆 เจ้าบ้าน 🗆 ผู้นำชุมชน 🗆 นายจ้าง
1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน	ประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่	🔲 อื่น ๆ ระบุ
1.1 ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)	🔲 สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)	ข้าพเจ้า (นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ)
	🔲 สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอลงทะเบียนมีชื่ออยู่	ขอรับรองว่า (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)
เลขประจำตัวประชาชน	🔲 กรณีผู้ขอลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่าง	
	หนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้ หนังสือรับรองของ	พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย
วัน / เดือน / ปีเกิดอาชีพอาชีพ	เจ้าหน้าหรือหนังสือรับรองผู้นำชุมชนหรือหนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง หรือ	ถนน ต่ำบล / แขวง
1.2 ที่อยู่จริง	เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับ/เงินค่า	อำเภอ / เขต จังหวัด
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย	เช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ	รหัสไปรษณีย์โทรโทรมือถือ
ถนน ตำบล / แขวง	🔲 กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	
อำเภอ / เขต	🔲 อื่นๆ ระบุ	ลงชื่อผู้รับรอง
รหัสไปรษณีย์โทรโทรมือถือ		()
2. เหตุผลการขอลงทะเบียน	หนังสือมอบอำนาจ	
🔲 ไม่เคยลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ	โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ	<u>การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง</u>
🗆 หมดสิทธิจากสิทธิ์	อายุปี อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตรอก / ซอย	<u>ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย</u>
🔲 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ	ถนน	
🗌 อื่นๆ ระบุ	เขตจังหวัด	ื ลปลข
3. คำรับรอง	ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ	สานักงานหลักประกันสุดภาพแห่งสาหิ
ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่	อายุปี อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตรอก / ซอย	(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)
ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้	ถนนแขวง	จุด/หน่วยรับคำร้อง
หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.รามาธิบดี	เขตจังหวัด	วัน/เดือน/ปีที่ขอลงทะเบียน
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อรพ.รามาธิบดี	โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ	ชื่อ – สกุล (ผู้ขอลงทะเบียน)
หน่วยบริการประจำ รพ.รามาจิบดี	เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกัน	เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ขอลงทะเบียน)
4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากรับคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การ	สุขภาพแห่งชาติ	
ลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ	้ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใน	
5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน	ขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ	หน่วบริการปฐมภูมิ
	,	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
ลงชื่อผู้ขอลงทะเบียน	ลงชื่อผู้มอบอำนาจ	หน่วยบริการประจำ จังหวัด จังหวัด
()	()	
ลงชื่อผู้ขอลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)	ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ	ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง)
() เกี่ยวข้องเป็น	()	โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน
ลงชื่อ จนท. ผู้ตรวจสอบเอกสาร		
()		มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง