ส่วนที่ ๑ รหัสนักศึกษา..... หน่วยรับคำร้อง..... หลักสูตร..... วันที่......เดือน....พ.ศ...พ 1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน 1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน วัน / เดือน / ปีเกิด......อาชีพ... 1.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน อยู่บ้านเลขที่......หมู่ที่......ตรอก / ซอย...... ถนน......ตำบล / แขวง..... คำเภค / เขต.......จังหวัด....รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ 2. สถานะก่อนลงทะเบียน สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ 🔾 ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ 🔾 ใกล้บ้าน 🔾 มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ในกทม. 🛇 ใกล้สถานศึกษา (ใกล้ที่ทำงาน 🔾 มีสิทธิเดิมในกทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ 3. คำรับรอง ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับบริการใน หน่วยบริการ และมีความประสงค์จะขอลงทะเบียนฯ โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้ เลขที่เครือข่าย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร.พ.ศีริราช หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว หน่วยบริการรับส่งต่อ.....ร.พ.ศิริราช..... 4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ 5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม. ..ผ้ขอลงทะเบียน (..... .ผู้ขอลงทะเบียนแทน (.....) เกี่ยวข้องเป็น. ..ผู้ตรวจสอบเอกสาร (.....)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกันแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- . สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) ผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองด้วย
- . สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - * กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัย เพิ่มเติมคย่างใดคย่างหนึ่งดังนี้
 - 💠 หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้าน เซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 💠 หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของ ผู้นำชุมชนและเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 💠 หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเต็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 💠 เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธาณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ
 - 💠 หนังสือรับรองของอาสาสมัครของสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 💠 กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรอง สำเนาเคกสาร
- 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสืคฉบับนี้ ข้าพเจ้า

ขอมอบอานาจ เ	и		
อายุปี อ	ยู่บ้านเลขที่ห	มู่ที่ตรอก / ซอย	
ถนน	แขวง	เขต	
		โทรศัพท์มือถือ	
เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนซ้าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า			
•	านาจ ขอยอมรับผิดชอบตาม เข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตเ	งที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเ นเองทุกประการ	.ขตแห่ง
		ผู้มอบอำนาจ	
	ลงชื่อ	ผู้รับมอบอำนาจ	
	()	

ส่วนที่ ๓

สถานะผู้รับรอง			
🔾 เจ้าบ้าน 🔾 ผู้นำชุมชน 🔾 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
🔾 อาสาสมัครสาธารณสุข 🔾 อื่น ๆ ระบุ			
ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ค.ช., ค.ญ.)			
*			
ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน			
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตรอก / ซอย			
ถนน ตำบล / แขวง			
ถนนที่ เบล / แบ้ง			
💠 กำลังศึกษาอยู่ใน			
สถานศึกษา			
แขวงเขตจังหวัด			
ลงชื่อ			
()			
การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบ			
ในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว			
เฉคา เลเลยท่าย ของหอ เอกะเบียนบ้านเทคเจาเบียนก็บไว้เป็นหลักฐาน ส่วนนี้ผู้ขอดงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน			
สานผลูขอสงคะเบบผถบบรับบนตลกฐาน (กรณีส่งบัตรให้ตามที่อยู่ทางไปรษณีย์)			
หน่วยรับคำร้อง			
วันที่ลง			
ชื่อสกุล (ผู้ขอดงทะเบียน)			
รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)			
เลขที่เครือข่าย			
หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว			
หน่วยเาริการรับส่ง			
 พลงออภากรอดง พลงจากยื่นคำร้อง สำนักงานจะตรวจสอบว่าท่านไม่มีสิทธิใด หรือมีการขอ 			
 ผลงา เกยสภารบาง สานการสายบรรกาน เมลสถาบาง พระมาการขยาง คงทะเทียนทั้งค้อน 			

+ 651101 10 WG 1 00001 101 101 101 101 101 101 101 10			
บริการ (โทร 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก)			
บริการ (โทร 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก) ் หลังวันที่ 17 ของเดือน			
🧷 หลังวันที่ 17 ของเดือน 🦳 หลังวันที่ 30 ของเดือน			
*			

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.