

ส่วนที่ 1

รหัสนักศึกษา.....

หน่วยคำร้อง.....

หลักสูตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คณะ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)

เลขประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย

ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

☐ ไม่เคยลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ หหมดสิทธิจากสิทธิ

☐ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

☐ อื่นๆ ระบุ

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิรพ.ศิริราช.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....รพ.ศิริราช.....

หน่วยบริการประจำ.....รพ.ศิริราช.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากรับคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การ

ลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ..... จนท. ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นต้นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

☐ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

☐ สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่

☐ กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้ หนังสือรับรองของเจ้าหน้าหรือหนังสือรับรองผู้นำชุมชนหรือหนังสือรับรองผู้นำจ้างหรือนายจ้าง หรือเอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับ/เงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ

☐ กรณีมอบอำนาจ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน แขวง

เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัย

สถานะ

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ นายจ้าง

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ)

ขอรับรองว่า (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)

.....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย

ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



สปสข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง

วัน/เดือน/ปีที่ขอลงทะเบียน

ชื่อ – สกุล (ผู้ลงทะเบียน)

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

หน่วยบริการประจำ จังหวัด

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง)

โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง