

ส่วนที่ ๑

รหัสนักศึกษา.....

.....

หน่วยรับคำร้อง.....

หลักสูตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คณะ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล ( นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ. )

.....

รหัสดำเนินการประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. สถานะก่อนลงทะเบียน	สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ
<div><div><input type="radio"/> ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ</div><div><input type="radio"/> มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ในกทม.</div><div><input type="radio"/> มีสิทธิเดิมในกทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ</div></div>	<div><div><input type="radio"/> ใกล้บ้าน</div><div><input checked="" type="radio"/> ใกล้สถานศึกษา</div><div><input type="radio"/> ใกล้ที่ทำงาน</div></div>

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับบริการในหน่วยบริการ และมีความประสงค์จะลงทะเบียน โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

เลขที่เครือข่าย

หน่วยประกันสุขภาพและประกันสังคม

ร.พ.รามารับดี

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....ร.พ.รามารับดี.....

4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ
5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม.

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกันแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร ( กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ) ผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองด้วย

2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

\* กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัยเพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

☒ หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

☒ หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชนและเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

☒ หนังสือรับรองของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

☒ เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พักสัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

☒ หนังสือรับรองของอาสาสมัครของสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

☒ กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ( กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน )

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง

หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอำนาจให้.....

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

ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ ๓

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน

☐ ผู้นำชุมชน

☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ อาสาสมัครสาธารณสุข

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ขอรับรับรองว่า

ชื่อ-สกุล ( นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ. ).....

.....

☒ ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

☒ กำลังศึกษาอยู่ใน.....

สถานศึกษา.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบ

ในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว

ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

( กรณีส่งบัตรให้ตามที่อยู่ทางไปรษณีย์ )

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ลง.....

ชื่อสกุล ( ผู้ลงทะเบียน ).....

รหัสดำเนินการประจำตัวประชาชน ( 13 หลัก )

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่ง.....

☒ หลังจากยื่นคำร้อง สำนักงานจะตรวจสอบว่าท่านไม่มีสิทธิใด หรือมีการขอลงทะเบียนซ้ำซ้อน

☒ เอกสารนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้ต้องตรวจสอบสิทธิก่อนใช้บริการ ( โทร 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก )

☐ หลังวันที่ 17 ของเดือน

☐ หลังวันที่ 30 ของเดือน

☒ ถ้าท่านได้รับสิทธิสำนักงานจะส่งบัตรทองไปให้ที่บ้าน หากยังไม่ได้รับบัตรภายใน 30 วัน ให้ติดต่อสอบถามจากจุดที่ท่านยื่นคำร้อง

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....