แบบคำร้องลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 1

หน่วยทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียดผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, น.ส., ด.ช., ด.ญ., อื่นๆ (ระบุ).....*

.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก *

* วัน/เดือน/ปีเกิด .....

*1.2 ที่พักอาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

อีเมล์.....

2. สถานะก่อนลงทะเบียน

◯ สิทธิว่าง ◯ สิทธิต่างจังหวัด ◯ สิทธิกทม.....

3. มีความประสงค์เลือกเครือข่ายหน่วยบริการ

เลขที่เครือข่าย 4 1 3 7 1 0 0

หน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำ.....คลินิกเวชกรรม สจล.

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....รพ.สิรินธร

4. คำรับรอง

ข้าพเจ้ายืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ มิได้อยู่ระหว่างการรับบริการเป็นผู้ป่วยใน ในหน่วยบริการ

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากข้อมูลนี้ไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็น"โมฆะ"

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนนี้ได้พักอาศัยอยู่ในกทม.หรือพื้นที่ที่ระบุจริง

x ลงชื่อ.....*

(.....*)

ผู้ขอลงทะเบียน (เกี่ยวข้องเป็น.....-.....)

x ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือให้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือให้ส่งข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ การรักษาและการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ฯลฯ ผ่านช่องทางการรับข่าวสารส่วนตัวของข้าพเจ้า เช่น โทรศัพท์มือถือ ที่อยู่ อีเมล์ ตามที่ระบุในแบบคำร้องเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....* ผู้ให้ความยินยอม

(.....*)

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

ส่วนที่ 3

หนังสือมอบอำนาจลงทะเบียน

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอำนาจให้ (ชื่อสกุล).....

อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ลงทะเบียนเพื่อเลือกหรือเปลี่ยนหน่วยบริการแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจขอรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง

x ลงชื่อ.....มอบอำนาจ

(.....)

x ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....>

หากมีความจำเป็นไม่สามารถลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง ควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น

ส่วนที่ 4

หนังสือรับรองการพักอาศัยในกรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

◯ เจ้าบ้าน ◯ ผู้นำชุมชน ◉ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

◯ อาสาสมัครสาธารณสุข ◯ ผู้ขอลงทะเบียนเอง

◯ อื่นๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่า.....*

ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานศึกษา / สถานที่ทำงาน เลขที่ 1

หมู่ – ตรอก/ซอย – ถนน ฉลองกรุง 1

แขวง ลาดกระบัง เขต ลาดกระบัง จังหวัด กทม.

x ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนนี้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียน

หน่วยทะเบียน.....วันที่.....

ชื่อสกุล(ผู้ลงทะเบียน).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิฯ.....

เบอร์โทร.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

เบอร์โทร.....

> หลังจากยื่นคำร้อง ท่านจะได้รับสิทธิวันที่

◯ หลังวันที่ 15 ..... ◯ หลังวันที่ 28 .....

> ตรวจสอบสิทธิ ก่อนใช้บริการ โทร.1330 กด 2 และกดเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

> แสดงบัตรประชาชนในการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการทุกครั้ง

ชื่อเจ้าหน้าที่ : .....โทรศัพท์.....

สายด่วน สปสช. โทร. 1330

หมายเหตุ กรณีที่ 1 ผู้ลงทะเบียนมีทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร (ให้กรอกส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เท่านั้น), กรณีที่ 2 กรณีผู้ลงทะเบียนมอบให้ผู้อื่นดำเนินการลงทะเบียนแทน (ให้กรอกส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 เท่านั้น) โปรดพลิกดูเอกสารแนบ

กรณีที่ 3 กรณีผู้ลงทะเบียนมีทะเบียนต่างจังหวัด และประสงค์เลือกหน่วยบริการในกรุงทพมหานคร (ให้กรอกส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 4)