สปสช แบบคำร้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลรายละเอียดผู้ขอลงทะเบียน

(กรณี ผู้ขอลงทะเบียนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอลงทะเบียนด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card (ผ่านระบบ E-Form-Register เพื่อลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการประจำ **ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖**)

วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ**.....

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน .....คลินิกเวชกรรม สจล.....

หน่วยงานที่บันทึกข้อมูลลงทะเบียน.....คลินิกเวชกรรม สจล.....**จังหวัด** .....กรุงเทพฯ.....

๑. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ขอลงทะเบียน

๑.๑ ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.อื่นๆ) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ .....

๑.๒ ที่อยู่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทร ..... โทรมือถือ .....

อีเมล์ .....

๒. เหตุผลการขอลงทะเบียนในครั้งนี้

☐ ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติรายใหม่

☐ มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

☐ ลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิย่อย / ลงทะเบียนต่ออายุสิทธิย่อย

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๓. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ/สิทธิประกันสังคม/สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

เลขที่เครือข่าย ☐☐☐☐ (สำหรับเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่ลงทะเบียน : .....กรุงเทพมหานคร.....

หน่วยบริการปฐมภูมิ : .....คลินิกเวชกรรม สจล.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ : .....โรงพยาบาลสิรินธร.....

หน่วยบริการประจำ : .....คลินิกเวชกรรม สจล.....

๔. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

๕. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ขอลงทะเบียน **พิมพ์ลายนิ้วมือ**

(.....)

ลงชื่อ.....

ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ปกครอง)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

FM-๒๕๖-๐๒-๐๐๗

ส่วนที่ ๒ หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงพร้อมกับแบบคำร้องลงทะเบียน

๒.๑ กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่ที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

☐ แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือ

☐ แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง หรือ

☐ แสดงใบคัดสำเนาทะเบียนบ้าน ทร .๑๔/๑)กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน (ใช้สำหรับอ้างอิงตัวบุคคล ไม่สามารถอ้างอิงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านได้ หรือ

☐ แสดงใบคัดทะเบียนประวัติบุคคล ทร.๑๒ (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

(***กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

๒.๒ กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่ที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ดังนี้ (๑) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน (๒) หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน (๓) หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (๔) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

(*** หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน สำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

ส่วนที่ ๓ หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน

สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง ☐ ผู้ขอลงทะเบียน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ) .....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.,อื่นๆ) .....

พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานศึกษา / สถานที่ทำงาน เลขที่ .....1..... หมู่ที่ .....-.....

ตรอก .....-.....ซอย.....-..... ถนน..ฉลองกรุง1.....ตำบล/แขวง ....ลาดกระบัง...

อำเภอ/เขต ....ลาดกระบัง...จังหวัด .....กรุงเทพฯ.... รหัสไปรษณีย์ .....10520.....

โทร .....023298000.. โทรมือถือ .....

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง **พิมพ์ลายนิ้วมือ**

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง
ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย

ส่วนที่ ๔ หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือให้ส่งข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ การรักษาและการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องฯ ผ่านช่องทางการรับข่าวสารของข้าพเจ้า เช่น โทรศัพท์มือถือ ที่อยู่ อีเมล ตามที่ระบุในแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม **พิมพ์ลายนิ้วมือ**

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ส่วนที่ ๕ หนังสือมอบอำนาจ

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

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง , น.ส. , อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ **พิมพ์ลายนิ้วมือ**

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

(✂...ตัด) ส่วนที่ 6 นี้ให้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียน

สปสช

ใบรับรองการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน .....คลินิกเวชกรรม สจล.....

วัน/เดือน/ปี ที่ขอลงทะเบียน .....

ชื่อ-สกุล (ผู้ของทะเบียน) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ขอลงทะเบียน)

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

วันเริ่มใช้สิทธิ : .....

จังหวัดที่ลงทะเบียน : .....กรุงเทพมหานคร.....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้น : .....คลินิกเวชกรรม สจล.....

สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ : .....โรงพยาบาลสิรินธร.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง) : .....

โทรศัพท์หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน : .....

*** มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

*** ให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้นทุกครั้ง

ฉบับที่ : ๐๖
วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๒