

แบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเข้าใช้งานเว็บไซต์
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ที่.....

ชื่อหน่วยงาน.....

รหัสหน่วยงาน.....

ที่อยู่

.....

วันที่.....

เรื่อง การขอรหัสผ่านในการใช้งานโปรแกรม.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานครได้พัฒนาโปรแกรม
.....เพื่อใช้ในการ.....

ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (bkk.nhso.go.th) โดยกำหนดให้
หน่วยบริการที่ประสงค์จะใช้บริการโปรแกรดังกล่าวแจ้งความจำนงเพื่อขอ Username & Password มายังสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานครนั้น

ในการนี้ ทางหน่วยงานขอแจ้งความจำนงขอใช้ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านในการใช้งาน พร้อมทั้งแจ้งรายชื่อ
เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการ ดังนี้

ต้องการ Username เดิม (กรณีที่มี Username อยู่แล้ว)

ต้องการขอใหม่ โดยมอบให้

1. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....

เลขประจำตัว 13 หลัก โทรศัพท์ที่ทำงาน

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่อยู่อีเมล

2. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....

เลขประจำตัว 13 หลัก โทรศัพท์ที่ทำงาน

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่อยู่อีเมล

*** สำนักงานฯจะดำเนินการตามแบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน
เมื่อได้รับเอกสารทางออนไลน์ที่กรอกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน เท่านั้น ***

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานของเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้น ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งข้าพเจ้าในฐานะ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าว ยินยอมปฏิบัติ ดังนี้

๑.ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตลอดจนกฎหมายทั้ง ทางแพ่งและทางอาญา และยินยอมที่จะกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ของข้าพเจ้า ให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตลอดจนกฎหมายทั้ง ทางแพ่งและทางอาญาเช่นเดียวกัน

๒.ปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลใดๆของผู้ป่วย ที่ผู้มีรายชื่อตามระบุข้างต้นรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ ทุกคนที่ได้มาจากการเข้าใช้โปรแกรม เช่น ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน ประวัติสุขภาพ เป็นต้น โดยถือเป็นหน้าที่ อันเคร่งครัดที่จะไม่นำข้อมูลไปเปิดเผยต่อบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล หรือนำไปใช้ประโยชน์อื่นใดนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เว้นแต่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือของผู้ป่วยที่ให้ไว้ ล่วงหน้าหรือในขณะนั้น หากฝ่าฝืนหน่วยบริการต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

หากข้าพเจ้าหรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขหรือกฎหมายดังกล่าว ไม่ว่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแล้วหรือไม่ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ/ร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งตามกฎหมายและตามวิธีการ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยไม่มีสิทธิเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและ เข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข(สำหรับหน่วยบริการรัฐ)

ผู้ประกอบกิจการ (สำหรับหน่วยบริการเอกชน)

ชื่อผู้ประสานงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

ที่อยู่อีเมล

*** สำนักงานฯจะดำเนินการตามแบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน เมื่อได้รับเอกสารทางออนไลน์ที่กรอกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน เท่านั้น ***

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ อาคารบี โชนทิสใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)
เลขที่ 120 ม. 3 ถนนแจ้งวัฒนะ
แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

ผู้ประสานงาน

นางสาวพีรันทร์ วรเจียรนนท์ โทรศัพท์ 0 2142 1021

*** สำนักงานฯจะดำเนินการตามแบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน เมื่อ
ได้รับเอกสารทางออนไลน์ที่กรอกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชำระเงิน เท่านั้น ***