


❖ **ขั้นตอนการขอ User name / Password สำหรับใช้ในโปรแกรม BPPDS เพื่อลงข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ ส่งเสริมสุขภาพในช่องปากหญิงตั้งครรภ์**

1. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม การขอ Username และ Password สำหรับเข้าใช้งานระบบสารสนเทศ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ (กทม.)
2. กรอกรายละเอียด พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ส่งเอกสารมาที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขากรุงเทพมหานคร เลขที่ 200 หมู่ 4 อาคารจัสมินอินเตอร์เนชั่นแนล ชั้น 19 ถ.แจ้งวัฒนะ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 (วงเล็บมุมซองว่าขอ Username / Password)

❖ **ขั้นตอนการติดตั้งโปรแกรม BPPDS**

1. ดาวน์โหลดโปรแกรม BPPDS ที่ <http://bkk.nhso.go.th> เมนู  Download
2. กรอก User name / Password ที่ได้รับ เพื่อเข้าไปดาวน์โหลดโปรแกรมล่าสุดและติดตั้งตามคู่มือการใช้งาน

❖ **ขั้นตอนการส่งข้อมูล**

1. ลงข้อมูลที่ให้บริการทุกสัปดาห์ ในโปรแกรม BPPDS หัวข้อ PP ใน → ANC Fill ข้อมูลให้เต็มทุกช่อง
2. ขณะที่ส่งข้อมูล ต้องต่อ Internet ทุกครั้ง



❖ **มีปัญหาในการดาวน์โหลดโปรแกรมและการขอ Username / Password**

ติดต่อเบอร์โทรศัพท์ 0-2831-4000 ต่อ 3074

แบบฟอร์มขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเพื่อใช้งานโปรแกรม

วันที่.....

เรื่อง การขอรหัสผ่านในใช้งานโปรแกรม.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประชาชน จำนวน.....ฉบับ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) ได้พัฒนาโปรแกรม.....  
เพื่อใช้ในการ.....ผ่านทางเว็บไซต์ (http://bkk.nhso.go.th) โดยกำหนดให้หน่วยบริการ  
ที่ประสงค์จะใช้บริการโปรแกรมดังกล่าวแจ้งความประสงค์เพื่อขอ Username & Password มายัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) นั้น

ในการนี้ (หน่วยบริการ) .....มีความประสงค์ที่จะขอ ใช้ Username & Password

เดิม (กรณีที่มี Username อยู่แล้ว) Username .....

ขอใหม่ โดยมอบหมายให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... (เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ)

ในการใช้โปรแกรม.....ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้ประกอบการ

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

หมายเลขโทรสาร.....

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

โทรศัพท์ 0-2831-4000 ต่อ 7151

โทรสาร 0-2831-4158