

**แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**  
**กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**  
**หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))**

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....

วันที่รับคำร้อง .....

**๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ**

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล  หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม  
 ข้าราชการ  อื่นๆ .....

๑.๔ อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....

๑.๕ ชื่อ - สกุล ของคู่สมรส (หรือของบิดา-มารดา กรณีที่ยังไม่มีครอบครัว).....

๑.๖ อาชีพของคู่สมรส (หรือของบิดา-มารดา กรณีที่ยังไม่มีครอบครัว).....

๑.๗ รายได้เฉลี่ยของคู่สมรส (หรือของบิดา-มารดา กรณีที่ยังไม่มีครอบครัว).....

๑.๘ ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบดูแล (เช่น ค่าเช่าบ้าน , ผ่อนชำระบ้าน, ค่าเลี้ยงดูบิดา-มารดา, ค่าการศึกษาบุตร, ภาระหนี้สิน ฯลฯ).....

๑.๙ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

**๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)**

๒.๑ ชื่อ - สกุล .....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

**๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19**

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน

เข็มที่ ๑.....จังหวัด .....

เข็มที่ ๒.....จังหวัด .....

เข็มที่ ๓.....จังหวัด.....

เข็มที่ ๔.....จังหวัด.....

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน

เข็มที่ ๑ .....ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ ๒ .....ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ ๓.....ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ ๔.....ชนิดวัคซีน.....

๓.๓ วันเดือนปี ที่ทราบความเสียหาย (ระบุเฉพาะเข็มที่มีความเสียหาย)

เข็มที่ ๑..... เข็มที่ ๒ .....

เข็มที่ ๓..... เข็มที่ ๔.....

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน (ระบุเฉพาะเข็มที่มีความเสียหาย)

.....  
.....  
.....  
.....

๓.๕ อาการปัจจุบัน ณ วันที่ยื่นคำร้อง

.....  
.....  
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นแทนและใบมอบฉันทะที่ไม่ใช่ทายาทโดยตรง
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา และการหยุดพักงาน
- ประวัติเวชระเบียนการรักษาที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- สำเนาการรับวัคซีน
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)
- เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร) .....

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง  
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

### คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ (กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50 (5) ตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 องค์การผู้บริโภคที่เป็นสมาชิกของสภาองค์กรผู้บริโภค หรือสำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภคตามพ.ร.บ.จัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภคพ.ศ. 2562
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
5. ท่านได้รับวัคซีนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่าข้อเท็จจริงไม่ตรงตามที่แจ้งไว้ สำนักงานขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
6. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1  
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง  
หรือ “@ UCBBK สร้างสุข” หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่