

แบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเข้าใช้งาน
โปรแกรมบริหารจัดการยาตามชุดสิทธิประโยชน์ ของกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ที่.....

ชื่อหน่วยงาน

รหัสหน่วยงาน

ที่อยู่

.....

วันที่

.....

เรื่อง การขอรหัสผ่านในการใช้งานโปรแกรมบริหารจัดการยาตามชุดสิทธิประโยชน์ ของกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการยาตามชุดสิทธิประโยชน์
ของกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน เพื่อใช้ในการขอชุดขยายตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (www.nhso.go.th) โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ประสงค์จะใช้บริการโปรแกรมดังกล่าวแจ้ง
ความจำนงเพื่อขอ Username & Passwordมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของเขตพื้นที่นั้น

ในการนี้ ทางหน่วยงานขอแจ้งความจำนงขอเบิกชุดขยายตามชุดสิทธิประโยชน์และขอรหัสผ่านในการ
ใช้งาน พร้อมทั้งแจ้งรายชื่อผู้ใช้รหัสซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่

...

เลขประจำตัว 13 หลัก

โทรศัพท์ที่ทำงาน

...

โทรศัพท์เคลื่อนที่

ที่อยู่อีเมล

...

รายการยาที่ขอชุดขยายตามชุดสิทธิประโยชน์

- ยาน้ำลูซี ๑2
- ยาจิตเวช
- ยา Clopidogrel
- ยากลุ่ม Antidote

2. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่

เลขประจำตัว 13 หลัก

โทรศัพท์เคลื่อนที่

โทรศัพท์ที่ทำงาน

ที่อยู่อีเมล

...
...
...

รายการยาที่ขอชดเชยตามชุดสิทธิประโยชน์

- ยาบิลูซี จ2
- ยาจิตเวช
- ย1 Clopidogrel
- ยากลุ่ม Antidote

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 หรือ นำไปใช้ประโยชน์อื่นใดนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เว้นแต่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือของผู้ป่วยที่ให้ไว้ ล่วงหน้าหรือในขณะนั้น หากฝ่าฝืนหน่วยบริการต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

หากข้าพเจ้าหรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขหรือกฎหมายดังกล่าว ไม่ว่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแล้วหรือไม่ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ/ร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งตามกฎหมายและตามวิธีการ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยไม่มีสิทธิเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและ เข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข(สำหรับหน่วยบริการรัฐ)
ผู้ประกอบกิจการ (สำหรับหน่วยบริการเอกชน)

ชื่อผู้ประสานงาน(ของหน่วยงาน).....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

ที่อยู่อีเมล.....

*** สำนักงานฯจะดำเนินการตามแบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน
เมื่อได้รับเอกสารที่กรอกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน เท่านั้น
กรุณาส่งเอกสารมายังสำนักงานตามที่อยู่ดังนี้ ***

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)

เลขที่ 120 ม. 3 ถนนแจ้งวัฒนะ

แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

ผู้ประสานงาน นายกฤษณ์ สมานัตต์

โทรศัพท์ 0 2142 0991