ตราครุฑ/ตราประจำหน่วยงาน

ที่..................................... ชื่อหน่วยงาน..........................................

รหัสหน่วยบริการ...................................

ที่อยู่......................................................

วันที่............................................

เรื่อง ขอสิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยฝ่ายบริหารงานทะเบียน ได้จัดให้มีระบบพิสูจน์ตัวตน (Authentication) เพื่อเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. เพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

ในการนี้ ขอแจ้งรายชื่อผู้ขอสิทธิเข้าใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของ สปสช. โดยการ Authentication ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) โดยมีรายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วยเป็นเจ้าหน้าที่ของ........ชื่อหน่วยงาน........... ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากหน่วยงานจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

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

ชื่อผู้บังคับบัญชา (...................................................................................)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา…………………………………………………………………………………………………

ชื่อหน่วยงาน................................

หมายเลขโทรศัพท์........................

หมายเลขโทรสาร.........................

**รายชื่อเจ้าหน้าที่เพื่อกำหนดเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของ สปสช.**

**โดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card**

**๑.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ – สกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ตำแหน่ง | เบอร์มือถือ | อีเมล์ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**๒.เจ้าหน้าที่ทะเบียน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ – สกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ตำแหน่ง | เบอร์มือถือ | อีเมล์ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ**

1. กรุณาส่งแบบฟอร์ม ที่เมล์ ithelpdesk@nhso.go.th
2. สปสช. จะตรวจสอบผู้ใช้งานที่ไม่เข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิฯ ติดต่อกันเกิน 60 วันทุกวัน หากพบข้อมูล สปสช. จะยกเลิกสิทธิเข้าใช้งานทันที
3. สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.nhso.go.th\บริหารการออน์ไลน์\ดาวน์โหลด/เอกสารบรรยาย\ดาวน์โหลดโปรแกรม\แบบฟอร์มเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

**(เอกสารแนบ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ** | **ระดับสิทธิการใช้งาน** |
| 1. ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่านเว็บไซต์ของ สปสช.  2. ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่าน Web Service ของ สปสช. | **1. กรณี หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ**  1.1 ของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริกการปฐมภูมิ/ประจำ  1.1.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ  1.1.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียน  1.2 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริกการปฐมภูมิ/ประจำ/ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน  1.2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ  1.2.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียน  1.3 หน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยร่วมให้บริการ  1.3.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ  **2.กรณี หน่วยบริหารด้านสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)**  2.1 กรณีที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และไม่ได้รับมอบหมายเป็นหน่วยรับลงทะเบียน  2.1.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ  2.2 กรณีที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และได้รับมอบหมายเป็นหน่วยรับลงทะเบียน  2.2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ  2.2.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียน  **3. สถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ**  3.1 เจ้าหน้าที่พิสูจน์ตัวตนในสถานบริการที่ไม่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ  **(หมายเหตุ 1 คน สามารถเลือกได้ 1 ระดับสิทธิการใช้งานเท่านั้น)** |