

แบบฟอร์มขอลิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

ที่ ชื่อหน่วยงาน.....

รหัสหน่วยบริการ.....

ที่อยู่.....

วันที่

เรื่อง ขอลิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับปรุงระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า โดยจัดแบ่งประเภทหน่วยทะเบียน/เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยทะเบียน และกำหนดชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน แก่

เจ้าหน้าที่ที่ต้องเข้าใช้ฐานข้อมูลกลาง ตามระดับความรับผิดชอบงานลงทะเบียน เป็น 2 ระดับ

1. **เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ** มีสิทธิในการตรวจสอบสิทธิอย่างเดียว

2. **เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนหน่วยบริการ** มีสิทธิในการตรวจสอบสิทธิ และ บันทึก/แก้ไข สิทธิว่างมาตรา 8

กรณีสิทธิว่างป่วย (รอการอนุมัติการบันทึกย้ายจากนายทะเบียน)

ในการนี้ทางหน่วยงานขอแจ้งความจำนงขอเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

1. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ที่อยู่อีเมลล์.....

ขอรับชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน ในระดับ (ระบุระดับโดยเลือกจากระดับ 1 หรือ 2)

2. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ที่อยู่อีเมลล์.....

ขอรับชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน ในระดับ (ระบุระดับโดยเลือกจากระดับ 1 หรือ 2)

3. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ที่อยู่อีเมลล์.....

ขอรับชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน ในระดับ (ระบุระดับโดยเลือกจากระดับ 1 หรือ 2)

4. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ที่อยู่อีเมลล์.....

ขอรับชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน ในระดับ (ระบุระดับโดยเลือกจากระดับ 1 หรือ 2)

5. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ที่อยู่อีเมลล์.....

ขอรับชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน ในระดับ (ระบุระดับโดยเลือกจากระดับ 1 หรือ 2)

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานของเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้น ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และขอรับรองว่ามี
รายชื่อดังกล่าวเป็นผู้ที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานประจำหน่วยทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (สำหรับหน่วยบริการรัฐ)

ผู้ประกอบการ (สำหรับหน่วยบริการเอกชน)

ชื่อผู้ประสานงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

ที่อยู่อีเมลล์.....

กรุณาส่งแบบฟอร์มพร้อมไฟล์ Excel มาที่เมลล์ setthaya.m@nhso.go.th, palaporn.l@nhso.go.th

***** สำนักงานฯ จะดำเนินการตามแบบฟอร์มขอสิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ
เมื่อได้รับเอกสารตัวจริงที่กรอกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน เท่านั้น *****

***** สำนักฯ จะตรวจสอบข้อมูลผู้ใช้งานที่ไม่เข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ
ติดต่อกันเกิน 60 วันทุกวัน หากพบข้อมูลที่ไม่ใช้งานระบบติดต่อกันเกิน 60 วัน
สำนักงานฯ จะยกเลิกสิทธิเข้าใช้งานทันที *****

รายชื่อเจ้าหน้าที่เพื่อกำหนดสิทธิการใช้งานระบบทะเบียน

1. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์	E-Mail
1	นายสุภาพดี ถ้วนหน้า	1234567890123	พนักงานเวชระเบียน	081123XXXX	Sample@gmail.com
2					
3					
4					

2. เจ้าหน้าที่ทะเบียนหน่วยบริการ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์	E-Mail
1	นางสาวรักไทย แข็งแรง	1987123456765	พนักงานเวชระเบียน	081123XXXX	Sample@hotmail.com

หมายเหตุ : เลขประจำตัวประชาชนไม่ต้องมีขีดและไม่ต้องเว้นวรรคใส่เลขติดกัน 13 ตัว

บทบาทผู้ใช้ต่อระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ online

ประเภทผู้ใช้ งานทะเบียน	ตรวจสอบสิทธิ	สิทธิว่าง มาตรา 6 online	สิทธิว่าง มาตรา 8 online	ย้ายเข้าหน่วยบริการ online
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ	ดูได้	-	-	-
เจ้าหน้าที่ทะเบียน หน่วยบริการ	ดูได้	-	-ลงทะเบียนทั่วไทย (ขอ claimcode)	-

แบบฟอร์มขอยกเลิกชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเข้าใช้ฐานข้อมูลกลาง
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่

ชื่อหน่วยงาน.....

รหัสหน่วยบริการ.....

ที่อยู่.....

วันที่

เรื่อง ขอยกเลิกชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเข้าใช้ฐานข้อมูลกลาง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการออกรหัสประจำตัว (Username) และ รหัสผ่าน (Password) ให้กับหน่วยบริการของท่านตามที่ร้องขอ เพื่อสามารถให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสามารถเข้าใช้งานฐานข้อมูลกลาง <http://ucsearch.nhso.go.th> ได้นั้น

ในการนี้.....ขอแจ้งยกเลิกรายชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านตามรายชื่อดังต่อไปนี้

1. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....เลขประจำตัว 13 หลัก.....
รหัสผู้ใช้งาน.....เหตุผลในการขอยกเลิกชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน.....

2. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....เลขประจำตัว 13 หลัก.....
รหัสผู้ใช้งาน.....เหตุผลในการขอยกเลิกชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน.....

3. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....เลขประจำตัว 13 หลัก.....
รหัสผู้ใช้งาน.....เหตุผลในการขอยกเลิกชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หน่วยบริการสามารถกรอกข้อมูลขอยกเลิกชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเข้าใช้ฐานข้อมูลกลางตามแบบฟอร์ม

โดยส่งโทรสารมายังสำนักงานฯ หมายเลข 02-143-8772-3

โดยประสาน คุณเศรษฐญา ม่วงศิริ เบอร์โทรศัพท์ 02-142-1005