



ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง

1. รายละเอียดสถานบริการ

1.1 ข้อมูลทั่วไป :

ชื่อ..... รหัสสถานบริการ

สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

1.2 สังกัดหน่วยบริการ :

- ☐ รัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบุกรม).....
- ☐ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ระบุกระทรวง.....
- สังกัดย่อย.....
- ☐ เอกชน
- บริษัท/เจ้าของกิจการ ชื่อ.....
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) เลขที่.....
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19) เลขที่.....

1.3 จังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียน.....

2. ประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ประเภท)

- ☐ หน่วยบริการประจำ โดยมี
- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ชื่อ..... รหัส.....
- หน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
- ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป โดยมีหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
- ☐ หน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้าน.....
- ☐ ทำนิติกรรมกับหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ ทำนิติกรรมโดยตรงกับ สปสช.

3. ระยะเวลาเริ่มให้บริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนี้เป็นความจริงทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร และหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้ว

ยื่น ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

(.....)

(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

- ☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
- ☐ แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น
- ☐ สำเนาใบรับรองอื่นๆ

หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ของผู้สมัครแล้ว ปรากฏว่า

☐ ครบถ้วน

☐ ไม่ครบถ้วน ยังขาดเอกสาร.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....