

แบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 1

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว ,ต.ช.,ต.ญ.)

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

□□□□□□□□□□□□□□

วัน/เดือน/ปีเกิด.....

1.2 ที่อยู่จริงที่สามารถติดต่อได้ อยู่นบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. สถานะก่อนลงทะเบียน

○ สิทธิว่าง ○ สิทธิต่างจังหวัด

○ สิทธิ กทม.....

3. การเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ

เลขที่เครือข่าย □□□□

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

4. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ \*ผู้ลงทะเบียนมิได้อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำร้องไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็น “โมฆะ”

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ ได้พักอาศัยอยู่ใน กทม. จริง

✕ ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ลงทะเบียน (เกี่ยวข้องกับ.....)

✕ ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ใช้ยื่นกับแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง

2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

\*กรณีที่พักอาศัยจริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัยเพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

- หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่ และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชน และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองของเจ้าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของเจ้าจ้างหรือนายจ้าง และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่ามีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

- หนังสือรับรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข และประทับตราหน่วยงานราชการที่สังกัด

- หนังสือรับรองของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร โดยสามารถยื่นเอกสารได้ที่จุดรับลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอำนาจให้ .....

อายุ.....ปี อยู่นบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ดำเนินการขอลงทะเบียนเพื่อเลือกหรือเปลี่ยนหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอ

ยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ \*ผู้ลงทะเบียนมิได้อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้

กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ เสมือนตั้งข้าพเจ้าได้ทำไปด้วยตนเองทุกประการ

✕ ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

✕ ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ส่วนที่ 3

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

○ เจ้าบ้าน ○ ผู้นำชุมชน ○ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

○ อาสาสมัครสาธารณสุข ○ อื่นๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่า.....

:- ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

✕ ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว



ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน (ใบนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้)

หน่วยรับคำร้อง .....

วันที่ลงทะเบียน .....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

□□□□□□□□□□□□□□

เลขที่เครือข่าย □□□□

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

เบอร์โทรศัพท์ : .....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

:- หลังจากที่ยื่นคำร้อง ท่านจะได้รับสิทธิในวันที่

○ หลังวันที่ 15 ..... ○ หลังวันที่ 28.....

:- ท่านสามารถตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้าใช้บริการได้ที่

สายด่วน สปสช. 1330 กด 2 และกดตัวเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

:- ท่านต้องแสดงบัตรประชาชนในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลทุกครั้ง

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร : .....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : .....

ฉบับที่ : 4

วันที่ 1 พฤษภาคม 2556

หมายเหตุ : สำนักงานฯ จะเก็บเอกสารและหลักฐานการลงทะเบียนไว้เป็นระยะเวลา 2 ปี