



## แบบคำร้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

ตัวอย่างการกรอกฟอร์ม  
รพ.ศิริราช/รพ.รามารินทร์

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลรายละเอียดผู้ลงทะเบียน

(กรณี ผู้ลงทะเบียนแสดงบัตรประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อลงทะเบียนด้วยบัตรประชาชนแบบ Smart Card ผ่านระบบ E-form-register เพื่อลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการประจำ ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1,2,3,4,5,6.)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

#### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล.....นายณเดช..คนไทย.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 3 2 4  
วัน/เดือน/ปีเกิด.....1 ม.ค. 2508.....อาชีพ.....

#### 1.2 ที่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่ 9 หมู่ 9 ตำบล/แขวง ศาลายา  
อำเภอ/เขต พุทธมณฑล จังหวัด นครปฐม  
รหัสไปรษณีย์ 73170 โทรมือถือ 081-234-5678  
อีเมล kapook@gmail.com

#### 2. เหตุผลการลงทะเบียนในครั้งนี้

- ☐ ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายใหม่
- ☒ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ
- ☐ ลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิย่อย/ลงทะเบียนต่ออายุสิทธิย่อย
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

#### 3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้(สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม/สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างการรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

เลขที่เครือข่าย 3 7 0 9 (สำหรับเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่ลงทะเบียน กรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.รามารินทร์

หน่วยบริการส่งต่อ รพ.รามารินทร์

หน่วยบริการประจำ รพ.รามารินทร์

#### 4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้

เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินยิตรับผิดชอบ

#### 5.ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ นายณเดช คนไทย ผู้ลงทะเบียน  
(นายณเดช คนไทย)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)  
(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร  
(.....)

#### 2.1 กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

☐ แสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน หรือ

☐ แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง หรือ

☐ แสดงใบคัดสำเนาทะเบียนบ้าน ทร 14/1 กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน (ใช้สำหรับอ้างอิงตัวบุคคล ไม่สามารถอ้างอิงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านได้ หรือ

☐ แสดงใบคัดทะเบียนประวัติบุคคล ทร.12 (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

(\*\*กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

#### 2.2 กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้  
(1)หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน (2)หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน (3)หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (4)เอกสารหรือหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

(\*\*หน่วยงานรับคำลงทะเบียน สำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

#### ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ลงทะเบียนสถานผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง ☐ ผู้ลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ค.ญ.,ค.ช.,อื่นๆ).....

พักอาศัยอยู่บ้านจริงในบ้าน/สถานศึกษา/สถานที่ทำงาน เลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร.....มือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

#### การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย

#### ส่วนที่ 4 หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือให้ส่งข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ การรักษาและการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาพยาบาลต่อเนื่องฯ ผ่านช่องทางรับข่าวสารของข้าพเจ้า เช่น โทรศัพท์มือถือ ที่อยู่ อีเมล ตามที่ระบุในแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย,นาง,น.ส.อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,น.ส.อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วย

บริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใน

ขอบเขตแห่งหนังสือนี้เหมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อม

แสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

#### ส่วนที่ 6 นี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียน



ใบรับรองการลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน.....

วัน/เดือน/ปี ที่ลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล(ผู้ลงทะเบียน).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

.....

วันเริ่มใช้สิทธิ .....

จังหวัดที่ลงทะเบียน .....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้น .....

สถานพยาบาลที่ได้รับการส่งต่อ.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน(ตัวบรรจง) .....

โทรศัพท์หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน.....

\*\*\* มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

\*\*\* ให้แสดงบัตรประจำประชาชน ในการเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลที่รับการรักษาเบื้องต้นทุกครั้ง