แบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 1

หน่วยรับคำร้อง...

วันที่.......................... เดือน.........................พ.ศ.........................

1.รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ–สกุล (นาย,นาง,นางสาว ,ดช.,ดญ.)

....

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

□□□□□□□□□□□□□

วัน/เดือน/ปีเกิด..

1.2 ที่อยู่จริงที่สามารถติดต่อได้ อยู่บ้านเลขที่..........................หมู่ที่..............................

ตรอก/ซอย..ถนน...............................ตำบล/แขวง...........................

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

โทรศัพท์..โทรศัพท์มือถือ..

2. สถานะก่อนลงทะเบียน

O สิทธิว่าง O สิทธิต่างจังหวัด

O สิทธิ กทม...

3. การเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ

เลขที่เครือข่าย □□□□

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว...

หน่วยบริการรับส่งต่อ...

4. คำรับรอง

<u>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ *ผู้ขอลงทะเบียนมิได้อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ</u>

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำร้องไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็น "โมฆะ"

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ ได้พักอาศัยอยู่ใน กทม. จริง

✘ลงชื่อ..

(...)

ผู้ขอลงทะเบียน (เกี่ยวข้องเป็น.......................................)

✘ลงชื่อ...ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(...)

<u>หมายเหตุ</u> : สำนักงานฯ จะเก็บเอกสารและหลักฐานการลงทะเบียนไว้เป็นระยะเวลา 2 ปี

FM-542 02-005

ส่วนที่ 2

<u>หลักฐานที่ใช้ยื่นกับแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า</u>

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง
2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

**กรณีพักอาศัยจริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัยเพิ่มเติม อย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้*

:- หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

:- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชน และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

:- หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

:- เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่า บุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

:- หนังสือรับรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข และประทับตราหน่วยงานราชการที่สังกัด

:- หนังสือรับรองของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

:- กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร โดยสามารถยื่นเอกสารได้ที่จุดรับลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น

<u>หนังสือมอบอำนาจ</u>

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..

ขอมอบอำนาจให้ ....

อายุ............ปี อยู่บ้านเลขที่.....................หมู่ที่................ตรอก/ซอย.................................

ถนน...................................... แขวง...เขต..

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

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ดำเนินการขอลงทะเบียนเพื่อเลือกหรือเปลี่ยนหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแทนข้าพเจ้า และ<u>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ *ผู้ขอลงทะเบียนมิได้อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ</u> ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ เสมือนดั่งข้าพเจ้าได้ทำไปด้วยตนเองทุกประการ

✘ ลงชื่อ..**ผู้มอบอำนาจ**

(...)

✘ ลงชื่อ..**ผู้รับมอบอำนาจ**

(...) เกี่ยวข้องเป็น.............................

ส่วนที่ 3

<u>หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร</u>

<u>สถานะผู้รับรอง</u>

O เจ้าบ้าน O ผู้นำชุมชน O เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

O อาสาสมัครสาธารณสุข O อื่นๆ ระบุ...

ขอรับรองว่า..

:- ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน

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

ถนน..ตำบล/แขวง...

อำเภอ/เขต...จังหวัด...

✘ลงชื่อ.. **ผู้รับรอง**

(...)

<u>การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว</u>

ส่วนนี้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

(ใบนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้)

หน่วยรับคำร้อง ....

วันที่ลงทะเบียน ....

ชื่อ–สกุล (ผู้ขอลงทะเบียน)...

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

□□□□□□□□□□□□□

เลขที่เครือข่าย □□□□

หน่วยบริการปฐมภูมิฯ..

เบอร์โทรศัพท์ : ....

หน่วยบริการรับส่งต่อ...

:- หลังจากที่ยื่นคำร้อง ท่านจะได้รับสิทธิในวันที่

O หลังวันที่ 15 .... O หลังวันที่ 28...

:- ท่านสามารถตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้าใช้บริการได้ที่

สายด่วน สปสช. 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

:- ท่านต้องแสดงบัตรประชาชนในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลทุกครั้ง

<u>ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร</u> : ....

<u>เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ</u> : ....

ฉบับที่ : 4

วันที่ 1 พฤษภาคม 2556