

แบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 1

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว,ตช.,ตญ.)

วิรัตน์ ทัพทวี

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

3 9 6 0 6 0 0 4 5 0 9 7 1

วัน/เดือน/ปีเกิด..... 22 เมษายน 2503

1.2 ที่อยู่จริงที่สามารถติดต่อได้ อยู่บ้านเลขที่ 25 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 *ผู้ลงทะเบียนมีที่อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าการคำร้องไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็น “โมฆะ”

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ ได้พักอาศัยอยู่ใน กทม. จริง

X ลงชื่อ วิรัตน์ ทัพทวี (นางสาววิรัตน์ ทัพทวี)

ผู้ลงทะเบียน (เกี่ยวข้อเป็น.....)

X ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร (.....)

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ชี้แจงกับแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง

2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

*กรณีพักอาศัยจริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัยเพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

- หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่ และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชน และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง 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

*หากมีความจำเป็นขอมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอำนาจให้.....

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

ถนน.....แขวง.....เขต.....

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

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ดำเนินการขอลงทะเบียนเพื่อเลือกหรือเปลี่ยนหน่วย

บริการปฐมภูมิประจำครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอ

ยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ *ผู้ลงทะเบียนมีที่อยู่ระหว่างการรับ

บริการในหน่วยบริการ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้

กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ เสมือนดังข้าพเจ้าได้ทำไปด้วยตนเองทุกประการ

X ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)

X ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ (.....) เกี่ยวข้อเป็น.....

ส่วนที่ 3

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข อื่นๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่า.....

- ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน

อยู่บ้านเลขที่หมู่.....ตรอก/ ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

X ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว



ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน (ใบนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้)

หน่วยรับคำร้อง

วันที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

เบอร์โทรศัพท์ :

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

- หลังจากที่ยื่นคำร้อง ท่านจะได้รับสิทธิในวันนี้

หลังวันที่ 15 หลังวันที่ 28.....

- ท่านสามารถตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้ารับบริการได้ที่

สายด่วน สปสช. 1330 กศ 2 และกดเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

- ท่านต้องแสดงบัตรประชาชนในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลทุกครั้ง

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร :

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ :

แบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 1

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

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

คอน ทัศนีย์

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

3 1 2 7 4 5 6 7 8 1 2 3 4

วัน/เดือน/ปีเกิด 1 20 25 2+77

1.2 ที่อยู่จริงที่สามารถติดต่อได้

อยู่บ้านเลขที่ bb/1 หมู่ที่ 5

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต หนอง จังหวัด นครศรี รหัสนิติ 76130

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ 086-3429263

2. สถานะก่อนลงทะเบียน

○ สิทธิว่าง ○ สิทธิต่างจังหวัด

○ สิทธิ กทม.....

3. การเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ

เลขที่เครือข่าย □□□□

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

4. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยัน ณ ขณะนี้ว่าข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ *ผู้ลงทะเบียนมีที่อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ

5. ข้าพเจ้ารับทราบหากคำร้องไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็น “โมฆะ”

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ ได้พักอาศัยอยู่ใน กทม. จริง

X ลงชื่อ ธิรา ทัศนีย์ นาวสารธิรา ทัศนีย์

ผู้ลงทะเบียน (เกี่ยวข้องเป็น.....สารท.....)

X ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

หมายเหตุ : สำนักงานฯ จะเก็บเอกสารและหลักฐานการลงทะเบียนไว้เป็นระยะเวลา 2 ปี

FM-542 02-005

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ใช้ยื่นกับแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง

2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

*กรณีพักอาศัยจริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัยเพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

- หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่ และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชน และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

- เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่ที่ก ที่ระบุว่ามีคนที่มีที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

- 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 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง.....เขต.....

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

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ดำเนินการลงทะเบียนเพื่อเลือกหรือเปลี่ยนหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ *ผู้ลงทะเบียนมีที่อยู่ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ เสมือนตั้งข้าพเจ้าได้ทำไปด้วยตนเองทุกประการ

X ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

X ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ส่วนที่ 3

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

○ เจ้าบ้าน ○ ผู้นำชุมชน ○ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

○ อาสาสมัครสาธารณสุข ○ อื่นๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่า.....

- ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ที่ทางาน

อยู่บ้านเลขที่หมู่.....ตรอก/ ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

X ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว



ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน (ใบนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้)

หน่วยรับคำร้อง

วันที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

□□□□□□□□□□□□□□

เลขที่เครือข่าย □□□□

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

- หลังจากที่ยื่นคำร้อง ท่านจะได้รับสิทธิในวันที่

○ หลังวันที่ 15 ○ หลังวันที่ 28.....

- ท่านสามารถตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้ารับบริการได้ที่

สายด่วน สปสช. 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

- ท่านต้องแสดงบัตรประชาชนในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลทุกครั้ง

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร :

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ :

ฉบับที่ : 4

วันที่ 1 พฤษภาคม 2556