สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นิสิต

ส่วนที่ 1

หน่วยรับลงทะเบียน ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัน/เดือน/ปี ยื่นคำร้อง.....

1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ขอลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

2.1 ที่อยู่จริง บ้านเลขที่ .....63.....หมู่.....7.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....รังสิต-นครนายก.....ตำบล.....องครักษ์.....

อำเภอ.....องครักษ์.....จังหวัด.....นครนายก.....

รหัสไปรษณีย์.....26120.....โทร.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

☐ สิทธิว่าง

☐ มีบัตรประกันสุขภาพ

☐ ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ

☐ สิทธิในฐานไม่ตรงกระทรวง

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ประเภทสิทธิ์

☐ 71 (0-12 ปี)
☐ 89 (12-59 ปี)
☐ 74 (ผู้พิการ)
☐ 75 (ทหารผ่านศึก)
☐ 77 (ผู้ายุ 60 ปี ขึ้นไป)

3. คำรับรอง

**** ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ผู้ขอลงทะเบียนมิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และไม่อยู่ในระหว่างรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล**

โดยมีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

หน่วยบริการประจำ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

หน่วยบริการส่งต่อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ขึ้นขอลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน(มอบอำนาจ)

(.....)เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำนาถูกต้องทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ขอลงทะเบียน

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอลงทะเบียน

☐ ** สำเนาบัตรนิสิต มศว. **

❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀❀

<u>การยื่นเอกสารและรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง ผู้ยื่นเอกสารและรับรองต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น</u>

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....

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

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดัง ข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

ข้าพเจ้า .....ผศ.แพทย์หญิงนันทนา.....ชุมช่วย.....

.....ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ.....

ขอรับรองว่า(นาย, นางสาว, นาง).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....62.....หมู่.....7.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....รังสิต – นครนายก.....ตำบล.....องครักษ์.....

อำเภอ.....องครักษ์.....จังหวัด.....นครนายก.....

รหัสไปรษณีย์.....26120.....โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา ชุมช่วย)