

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลรายละเอียดผู้ลงทะเบียน

(กรณี ผู้ลงทะเบียนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อลงทะเบียนด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card (ผ่านระบบ E-Form-Register เพื่อลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการประจำ ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๑.๒,๓,๔,๕,๖)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน

หน่วยงานที่บันทึกข้อมูลลงทะเบียน.....จังหวัด

๑. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

๑.๑ ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.อื่นๆ)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ

๑.๒ ที่อยู่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทร..... โทรมือถือ.....

อีเมล.....

๒. เหตุผลการลงทะเบียนในครั้งนี้

- ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติรายใหม่
- มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ
- ลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิย่อย / ลงทะเบียนต่ออายุสิทธิย่อย
- อื่นๆ ระบุ.....

๓. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ/สิทธิประกันสังคม/สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการโดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

เลขที่เครือข่าย (สำหรับเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่ลงทะเบียน :

หน่วยบริการปฐมภูมิ :

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ :

หน่วยบริการประจำ :

๔. ข้าพเจ้ารับทราบหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินยิตรับผิดชอบ

๕. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....) พิมพ์ลายนิ้วมือ

ลงชื่อ.....

ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ปกครอง)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ ๒ หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงพร้อมกับแบบคำร้องลงทะเบียน

๒.๑ กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งเลขประจำตัวประชาชน หรือ

แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง หรือ

แสดงใบคัดสำเนาทะเบียนบ้าน ทร.๑๔/๑ กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน (ใช้สำหรับอ้างอิงตัวบุคคล ไม่สามารถอ้างอิงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านได้ หรือ

แสดงใบคัดทะเบียนประวัติบุคคล ทร.๑๒ (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)**

๒.๒ กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ดังนี้ (๑) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน (๒) หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน (๓) หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (๔) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

(* หน่วยงานรับค่าลงทะเบียน สำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)**

ส่วนที่ ๓ หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน

สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง ผู้ลงทะเบียน

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ)

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

พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานศึกษา / สถานที่ทำงาน เลขที่..... หมู่ที่.....

ต.รอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทร..... โทรมือถือ.....

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....) พิมพ์ลายนิ้วมือ

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย

ส่วนที่ ๔ หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือให้ส่งข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ การรักษา และการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องฯ ผ่านช่องทาง การรับข่าวสารของข้าพเจ้า เช่น โทรศัพท์มือถือ ที่อยู่ อีเมล ตามที่ระบุในแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....) พิมพ์ลายนิ้วมือ

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ส่วนที่ ๕ หนังสือมอบอำนาจ

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

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง , น.ส. , อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....) พิมพ์ลายนิ้วมือ

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

(✂ตัด) ส่วนที่ 6 นี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียน

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน

วัน/เดือน/ปี ที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

วันเริ่มใช้สิทธิ :

จังหวัดที่ลงทะเบียน :

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้น :

สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ :

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง) :

โทรศัพท์หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน :

*** มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

*** ให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้นทุกครั้ง