

ส่วนที่ 1 (สำหรับ ผู้ยื่นคำขอรอก)

หน่วยรับคำขอ.....

เลขที่แบบคำขอ.....

แบบคำขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว,ค.ช.,ค.ญ.).....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

2. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ไม่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ สิทธิประกันตนใน

กองทุนประกันสังคม/สิทธิกองทุนครูเอกชน/และสิทธิรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ และ

มีความประสงค์จะลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเลือกเครือข่ายหน่วย

บริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ / หน่วยบริการประจำ.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

ณ. จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

โทรศัพท์.....มือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

3. การรับบัตร มารับด้วยตนเอง

ทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมจำหน่ายและติดแสตมป์)

ส่งตามที่อยู่จริง ส่งที่ทำงาน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

4. หากข้าพเจ้าไม่ได้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนใหม่ ในกรณีที่ไม่มียุทธินรักษาพยาบาลใน

หน่วยบริการเดิมแล้ว ขอมอบอำนาจให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดส่ง

ทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ ตามทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ส่วนที่ 2

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล บัตรประเภทเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

บัตรประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียม (ท)

เหตุผลขอลงทะเบียน สิทธิว่าง สิทธิในฐานะกลางไม่ตรงกับบัตร

ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

อื่นๆ(โปรดระบุ).....

หลักฐานการลงทะเบียน (สำเนาอย่างละ 1 ชุด พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)

1. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่าย ซึ่งทางราชการ

ออกให้ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ใช้สูติบัตรหรือใบเกิดพร้อมสำเนา

1 ชุด) สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้มีชื่ออยู่

2. เอกสารต่างๆเพื่อรับรองว่าพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ เช่น หนังสือ

รับรองของเจ้าบ้าน ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคระบุชื่อผู้ลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย,นาง,นส.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,นส.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขออมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้

กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วย

ตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3

ใบรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้)

วัน/เดือน/ปี.....

หน่วยรับคำร้อง.....

ชื่อ-สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ / หน่วยบริการประจำ.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

ณ. จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตร.....

มีข้อสงสัยกรุณาสอบถาม โทร 1330