

แบบคำร้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลรายละเอียดผู้ลงทะเบียน

(กรณี ผู้ลงทะเบียนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อลงทะเบียนด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card (ผ่านระบบ E-Form-Register เพื่อลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการประจำ **ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1.2,3,4,5,6**)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุด/หน่วยรับคำร้อง

หน่วยรับลงทะเบียน จังหวัด

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ

1.2 ที่อยู่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน

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

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ

อีเมล

2. เหตุผลการลงทะเบียนในครั้งนี้

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

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม/หน่วยงานรัฐอื่นๆ) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักอาศัยอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

เลขที่เครือข่าย (สำหรับเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่ลงทะเบียน :

หน่วยบริการปฐมภูมิ :

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ :

หน่วยบริการประจำ :

4. ข้าพเจ้ารับทราบหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน พิมพ์ลายนิ้วมือ

ลงชื่อ.....

ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ปกครอง)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงพร้อมแบบคำร้องลงทะเบียน

2.1 กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

2.2 กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้ (1) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน (2) หนังสือรับรองผู้นำ ชุมชน (3) หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (4) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภคใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ **(*** หน่วยรับลงทะเบียนสำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)**

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ลงทะเบียน

สถานะผู้รับรอง

- เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน นายจ้าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- อาสาสมัครสาธารณสุข 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

ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย

ส่วนที่ 4 หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือให้ส่งข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ การรักษา และการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องฯ ผ่านช่องทางทางการรับข่าวสารของข้าพเจ้า เช่น โทรศัพทมือถือ ที่อยู่ อีเมล ตามที่ระบุในแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม พิมพ์ลายนิ้วมือ

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ส่วนที่ 5 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 นี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

 **ใบรับรองการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
(ส่วนนี้ ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน เพื่อยืนยันการลงทะเบียน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง

วัน/เดือน/ปี ที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

วันเริ่มใช้สิทธิ :

จังหวัดที่ลงทะเบียน :

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้น :

สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ :

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง) :

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน :

.....

*** มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง ***

*** ให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้นทุกครั้ง ***

หลักฐานที่ใช้ประกอบการลงทะเบียน

1. กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐาน

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่
- (2) ให้แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

2. กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้

- (1) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน
 - (2) หนังสือรับรองผู้นำชุมชน
 - (3) หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง
 - (4) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภคใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ
 - (5) นักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน หรือบัตรประจำตัวนักศึกษา ที่ได้ลงนามรับรองสำเนาเรียบร้อยแล้ว
 - (6) แผนที่พักอาศัย กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน
- (*** หน่วยรับลงทะเบียนสำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

3. กรณีไม่ใช่หนังสือมอบอำนาจตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 5 หนังสือมอบอำนาจ) นี้

เนื้อหาในหนังสือมอบอำนาจพร้อมหลักฐานต้องครบถ้วน

4. ในกรณีหน่วยรับลงทะเบียน ต้องการสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนา

บัตรประจำตัวประชาชน ให้หน่วยรับลงทะเบียนทำสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเอง

***** ห้ามมิให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการทำสำเนาดังกล่าวจากประชาชนผู้มีสิทธิโดยเด็ดขาด *****

5. การวาดภาพแผนที่พักอาศัย กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะกรณี ไม่มีผู้รับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียนใน ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน เท่านั้น)

วาดภาพแผนที่พักอาศัย กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

(เฉพาะกรณี ไม่มีผู้รับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียนใน ส่วนที่ 3 เท่านั้น)

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย เขต/อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ชื่อ - สกุล บุคคลอ้างอิงที่รับรองการพักอาศัย โทรศัพท์