

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม
 ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....

๑.๕ ชื่อ - สกุล ของคู่สมรส (หรือของบิดา-มารดา กรณีที่ยังไม่มีครอบครัว).....

๑.๖ อาชีพของคู่สมรส (หรือของบิดา-มารดา กรณีที่ยังไม่มีครอบครัว).....

๑.๗ รายได้เฉลี่ยของคู่สมรส (หรือของบิดา-มารดา กรณีที่ยังไม่มีครอบครัว).....

๑.๘ ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบดูแล (เช่น ค่าเช่าบ้าน , ผ่อนชำระบ้าน, ค่าเลี้ยงดูบิดา
มารดา, ค่าการศึกษาบุตร, ภาระหนี้สิน ฯลฯ).....

๑.๙ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน

เข็มที่ ๑.....จังหวัด

เข็มที่ ๒.....จังหวัด

เข็มที่ ๓.....จังหวัด.....

เข็มที่ ๔.....จังหวัด.....

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน

เข็มที่ ๑ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ ๒ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ ๓.....ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ ๔.....ชนิดวัคซีน.....

๓.๓ วันเดือนปี ที่ทราบความเสียหาย (ระบุเฉพาะเข็มที่มีความเสียหาย)

เข็มที่ ๑..... เข็มที่ ๒

เข็มที่ ๓.....เข็มที่ ๔.....

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน (ระบุเฉพาะเข็มที่มีความเสียหาย)

.....
.....
.....

๓.๕ อาการปัจจุบัน ณ วันที่ยื่นคำร้อง

.....
.....
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นแทนและใบมอบฉันทะที่ไม่ใช่ทนายทโดยตรง
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา และการหยุดพักงาน
- ประวัติเวชระเบียนการรักษาที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- สำเนาการรับวัคซีน
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)
- เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ
เกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่
จังหวัดที่เข้ารับการรักษาตัวขึ้นป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่