# สปสช แบบคำร้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

## ส่วนที่ ๑ ข้อมูลรายละเอียดผู้ขอลงทะเบียน

(กรณี ผู้ขอลงทะเบียนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอลงทะเบียนด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card (ผ่านระบบ E-Form-Register เพื่อลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการประจำ ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๑,๒,๓,๔,๕ ๑๖)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน .....

หน่วยงานที่บันทึกข้อมูลลงทะเบียน.....จังหวัด .....

๑. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ขอลงทะเบียน

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ .....

๑.๒ ที่อยู่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

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

อีเมล์ .....

๒. เหตุผลการขอลงทะเบียนในครั้งนี้

☐ ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติรายใหม่

☐ มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

☐ ลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิย่อย / ลงทะเบียนต่ออายุสิทธิย่อย

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๓. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ/สิทธิประกันสังคม/สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

เลขที่เครือข่าย ☐☐☐☐ (สำหรับเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่ลงทะเบียน : .....

หน่วยบริการปฐมภูมิ : .....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ : .....

หน่วยบริการประจำ : .....

๔. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

๕. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ขอลงทะเบียน พิมพ์ลายนิ้วมือ

(.....)

ลงชื่อ.....

ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ปกครอง)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

## ส่วนที่ ๒ หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงพร้อมกับแบบคำร้องลงทะเบียน

๒.๑ กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่ที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

☐ แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน 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 ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่ที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

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

(*** หน่วยงานรับคำขอลงทะเบียน สำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

## ส่วนที่ ๓ หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน

สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง ☐ ผู้ขอลงทะเบียน

☑ อื่นๆ ระบุ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ ๘ ต.ท่าหมื่นราม อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช

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

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

พักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ / สถานที่ทำงาน เลขที่ 35 หมู่ที่ 8

ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ท่าวัง

อำเภอ/เขต ท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80160

โทร 0527[illegible] โทรมือถือ .....

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง พิมพ์ลายนิ้วมือ

(นายศักดิ์สกุล [illegible])

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย

## ส่วนที่ ๔ หนังสือให้ความยินยอม

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

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม พิมพ์ลายนิ้วมือ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

## ส่วนที่ ๕ หนังสือมอบอำนาจ

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

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

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

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

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

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับฝิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ พิมพ์ลายนิ้วมือ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

(✂...ตัด) ส่วนที่ 6 นี้ให้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียน

สปสช ใบรับรองการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน .....

วัน/เดือน/ปี ที่ขอลงทะเบียน .....

ชื่อ-สกุล (ผู้ของทะเบียน) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ขอลงทะเบียน)

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

วันเริ่มใช้สิทธิ : .....

จังหวัดที่ลงทะเบียน : .....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้น : .....

สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ : .....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง) : .....

โทรศัพท์หน่วยงานที่รับคำร้องลงทะเบียน : .....

*** มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

*** ให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้นทุกครั้ง

# แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ กรุณากรอกประวัติให้สมบูรณ์

คำนำหน้า ..... ชื่อ ..... สกุล ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

กรณีเปลี่ยนชื่อสกุล ชื่อเดิม ..... สกุลเดิม .....

กรณีต่างด้าว กรุณาระบุชื่อ-สกุล ภาษาไทย .....

เลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Passport No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี อาชีพ .....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ แยก ☐ หม้าย ☐ สมณะ

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....

ชื่อ-สกุลบิดา ..... ชื่อ-สกุลมารดา ..... ชื่อ-สกุลสามี/ภรรยา .....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์มือถือ/เบอร์บ้าน .....

สถานที่ทำงาน ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

สิทธิการรักษา ☐ เบิกได้ ☐ ประกันสังคม ☐ บัตรทอง อื่นๆ ..... กรุ๊ปเลือด .....

ประวัติแพ้ยา ☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ ..... โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี .....

กรณีฉุกเฉินบุคคลที่ติดต่อได้ แจ้งชื่อ-สกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ที่อยู่ ☐ บ้านเดียวกัน ☐ คนละบ้าน บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ผู้ติดต่อ .....