

ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง.....
หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร..... จังหวัด.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.อื่นๆ).....
เลขประจำตัวประชาชน
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปให้ได้
อยู่บ้านเลขที่ 222 หมู่ที่ 2 ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ 93210 โทร.....โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการลงทะเบียน

- ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 หหมดสิทธิจากสิทธิ.....
 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ
 อื่นๆ ระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอขึ้นขันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์

ลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)
(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
ลงชื่อ.....จนท.ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

3. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- มารับด้วยตนเอง
 ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมเจ้าหน้าที่และคิดแถม)

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มี
เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่
 สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)
 สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่
 กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียน
บ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือ
รับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
ของผู้รับรอง หรือใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน
 กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
 อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียน
ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอมอบรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ
ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง
ทุกประการ
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

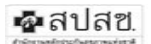
สถานะผู้รับรอง

- เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน นายจ้าง
 อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ).....
ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.อื่นๆ).....
พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่ 222 หมู่ที่ 2 ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ 93210 โทร.....โทรมือถือ.....
ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....อาจารย์ ดร.สุชาติ สุขสถิตย์.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....
วัน/เดือน/ปีที่ลงทะเบียน.....
ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....
เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตรฯ.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน(ตัวบรรจง).....

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง