



ส่วนที่ 1

หน่วยรับลงทะเบียน ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัน/เดือน/ปี ขึ้นคำร้อง.....

1. รายละเอียดประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

Grid for entering ID number digits.

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ.....

2.1 ที่อยู่จริง บ้านเลขที่.....63.....หมู่.....7.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....รังสิต-นครนายก.....ตำบล.....องครักษ์.....

อำเภอ.....องครักษ์.....จังหวัด.....นครนายก.....

รหัสไปรษณีย์.....26120.....โทร.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

- checkboxes for reasons like: สิทธิว่าง, มีบัตรประกันสุขภาพ, ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ, สิทธิในฐานะไม่ตรงกระทรวง, อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ประเภทสิทธิ

- checkboxes for age groups: 71 (0-12 ปี), 74 (ผู้พิการ), 77 (ผู้อายุ 60 ปี ขึ้นไป), 89 (12-59 ปี), 75 (ทหารผ่านศึก)

3. คำรับรอง

** ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้

ผู้ลงทะเบียนมิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และไม่อยู่ในระหว่างรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล

โดยมีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

หน่วยบริการประจำ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

หน่วยบริการส่งต่อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

ลงชื่อ..... ขึ้นลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน(มอบอำนาจ)

(.....)เกี่ยวข้องกับ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่อื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

checkbox สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงทะเบียน

checkbox สำเนาทะเบียนบ้านผู้ลงทะเบียน

checkbox ** สำเนาบัตรนิสิต มทว. **



การยื่นเอกสารและรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้ยื่นเอกสารและรับรองต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น

นิติ

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นตัวแทน โดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดัง ข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

ข้าพเจ้าศส.แพทย์หญิงนันทนา.....ชุมชนช่วย.....

.....ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ.....

ขอรับรองว่า(นาย, นางสาว, นาง).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....62.....หมู่.....7.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....รังสิต- นครนายก.....ตำบล.....องครักษ์.....

อำเภอ.....องครักษ์.....จังหวัด.....นครนายก.....

รหัสไปรษณีย์.....26120.....โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา ชุมช่วย)