

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลรายละเอียดผู้ลงทะเบียน

วันที่ยื่นคำลงทะเบียน..... วันที่ปัจจุบัน

๑. ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.อื่นๆ)..... นาย XXX XXXXXXXX

เลขประจำตัวประชาชน :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

****กรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง****

๒. การลงทะเบียน : ☒ ลงทะเบียนด้วยตนเอง ☐ มอบอำนาจ ☐ ผู้ปกครอง

๓. ที่อยู่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน ***** กรอกข้อมูลตามจริง *****

☐ ตรงตามบัตรประจำตัวประชาชนหรือทะเบียนบ้าน ☐ ไม่ตรงตามบัตรประจำตัวประชาชนหรือทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

ในกรณีที่บุคคลใดมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยไม่ตรงกับบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้

☐ ๑.หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน ☐ ๒.หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน ☐ ๓.หนังสือรับรองของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง

☐ ๔.เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น *****ส่วนนี้ไม่ต้องลงข้อมูล*****

☐ ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภค ☐ ใบเสร็จค่าเช่าที่พัก ☐ สัญญาเช่าที่พัก

☐ แผนที่ปัจจุบันที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ (กรณีวาดแผนที่ประกอบ)

ส่วนที่ ๒ เครือข่ายที่เลือกลงทะเบียน

จังหวัดที่ลงทะเบียน : กรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการปฐมภูมิ : โรงพยาบาลจุฬารณ

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ : โรงพยาบาลจุฬารณ

หน่วยบริการประจำ : โรงพยาบาลจุฬารณ

เลขที่เครือข่าย

--

--

--

--

 (เฉพาะเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

ลงชื่อ..... ลายมือชื่อ/ลายเซ็น ผู้ลงทะเบียน
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง.....)

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ปกครอง)

เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

ส่วนที่ ๓ หนังสือให้ความยินยอม

๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ใช้ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลของข้าพเจ้า ได้ตามวัตถุประสงค์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า ให้แก่หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ภายใต้วัตถุประสงค์ในการดำเนินการบริการด้านสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจรายละเอียดข้อความในหนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ลายมือชื่อ/ลายเซ็น ผู้ให้ความยินยอม
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง.....)

วาดแผนที่ปัจจุบันที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

***** ไม่ต้องวาดแผนที่ *****

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ *** ยื่นเอกสารด้วยตนเองเท่านั้น
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
 ชอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....
 ขอมอบอำนาจให้ นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
 ชอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือ
 เปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่ง
 หนังสือนี้ เสมือนข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชน
 ชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

****การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย****

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ลงทะเบียน

*** ไม่ต้องกรอกข้อมูล ***

สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง
☐ 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.....ชอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

อีเมล

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
 (.....)



รับรองสำเนาถูกต้อง

ลายมือชื่อ/ลายเซ็น
ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง