

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยงานขงปฏิบัติภาระจำ

ส่วนที่ 1

จุดรับทำเรื่อง.....
หมายเลขลงทะเบียนและออกบัตร.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

1. รายละเอียดบัตร / ประวัติตัวเจ้าของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว,ค.ช.หญิง).....
เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ.....
1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประกันสุขภาพตัวหน้าไปที่ป.ให้ได้
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอบค.....

อาชีพ..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

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

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพตัวหน้า

เมล็ดสิทธิจากสิทธิ.....

มีสิทธิประกันสุขภาพตัวหน้า แต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยงานประจำ
 อื่นๆ ระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะให้
(ถ้ามีข้าราชการ/บุคลากรที่ปฏิบัติงานและไม่มีในระหว่างที่รักษาตัวอยู่ในหน่วย
บริการ โดยมีความประสงค์ขอลงทะเบียนแล้วแต่ยื่นคำร้องล่าช้ากว่าบริการ ดังนี้

หน่วยบริการรายเดิม..... ณ จังหวัด.....
หน่วยบริการรายที่ตั้ง..... ณ จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ามีความเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีความจริงและประสงค์ให้ทางลงทะเบียนนี้ไปและ
5. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าข้าพเจ้าของแบบคำร้องนี้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (มอบอำนาจ)

ลงชื่อ..... ที่ข้าพเจ้าเป็น.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจตบเอกสาร

6. การรับตัวประกันสุขภาพตัวหน้า

มารับตัวตนเอง

ส่งทางไปรษณีย์ (แบบขอส่งจดหมายพร้อมเจ้าหน้าที่และติดแสตมป์)

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ยื่นมาเก็บคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่ไปมอบกับกรมต้องงมกรมอบกับกรมถูกต้องทุกฉบับ)

คำขานบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่รูปถ่ายติดอยู่ ส่งทาง
ราชการออกให้

ต้นแบบบัตรหรือใบเกิด (กรณีติดต่อหากว่า รร. ปี)

คำลงทะเบียนที่ผู้ลงทะเบียนยื่นชื่ออยู่ พร้อมเซ็นรับรองตัวกรม
กรณีพักอาศัยไม่ตรงลงทะเบียนบ้าน กรมเสกเทศเป็นบ้านที่อาศัยอยู่จริง

และเอกสารรับรองว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน หรือ
ผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับรอง หรือ ใบเสร็จค่า
การเช่าอุปโภค ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน

กรณีมอบอำนาจ แบบกำกับทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ
 อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยที่..... (ชื่อ)
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอบค.....

อาชีพ..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ (ชื่อ).....

อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอบค.....

อาชีพ..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

เพื่อให้ความเรียบร้อยขอรับมอบอำนาจนี้เพื่อดำเนินการลงทะเบียน
ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพตัวหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอสงวนสิทธิ์ขอตนเองที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ
ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เองจึงข้าพเจ้าได้ลงชื่อไปไว้ด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน ผู้เช่าชุมชน นกต่าง

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,นางสาว,ค.ช.ชาย)
พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอบค.....

อาชีพ..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

รหัสไปรษณีย์..... โทร..... โทรศัพท์.....

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ให้ผู้ใช้ลงทะเบียนเป็นผู้ลงนาม)

จุด/หน่วยรับทำเรื่อง.....

วัน/เดือน/ปี ที่ลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน).....

หน่วยบริการรายเดิม.....

หน่วยบริการรายที่ตั้ง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ (ตัวรับรอง).....

โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อเสนอสงสัยสอบถาม โทร. 1330 ได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง