

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)..... ข้าราชการ
 ลูกจ้างประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานคณะแพทยศาสตร์ ตำแหน่ง.....
สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน..... เริ่มบรรจุรับราชการเมื่อวันที่.....
จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน มีความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้น
ทะเบียนผู้ประกันตน

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 6..... เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยได้แนบรายละเอียดเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

- สำเนาทะเบียนบ้านบุคลากร สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง
 สำเนาทะเบียนบ้านญาติสายตรง สำเนาทะเบียนสมรส
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันตน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

หัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่/ผู้แทน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (รองคณบดี/ผู้ช่วยคณบดี)
(.....)



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน [] เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ	สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
เลขที่บัญชี []	ถนน แขวง/ตำบล
ลำดับที่สาขา [][][][][][][][][]	เขต/อำเภอ จังหวัด
เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.	รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ
ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.	ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน
	เลขที่บัญชี []
	ลำดับที่สาขา [][][][][][][][][]
	สิ้นสุดสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

2. การเลือกสถานพยาบาล

<input type="checkbox"/> ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41) <input type="checkbox"/> ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล) เหตุผล <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ย้ายที่อยู่. <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ) ขอเลือกสถานพยาบาล ลำดับที่ 1 ชื่อ หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปได้ตามลำดับ ลำดับที่ 2 ชื่อ ลำดับที่ 3 ชื่อ
	<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล

ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.