

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานคณะแพทยศาสตร์

ตำแหน่ง..... สังกัดสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย.....

บรรจุรับราชการเมื่อวันที่.....จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

แจ้งความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

1.....เกี่ยวข้องกับ.....

2.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.....เกี่ยวข้องกับ.....

4.....เกี่ยวข้องกับ.....

5.....เกี่ยวข้องกับ.....

6.....เกี่ยวข้องกับ.....

โดยได้แนบรายละเอียดสำเนาเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

ทะเบียนบ้านบุคลากร

บัตรประชาชนญาติสายตรง

ทะเบียนบ้านญาติสายตรง

ทะเบียนสมรส

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันสังคม

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวอภิชญา ลิมพันธ์อุดม)

หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองศรีราช)

ข้อตกลงระหว่างบุคลากร ญาติของบุคลากร โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นผู้ประกันตนสถานพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
(สำหรับบุคลากรอายุงานไม่ถึง 10 ปี)

ข้อตกลงนี้จัดทำเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ระหว่าง (นาย/นาง/นางสาว).....บุคลากรคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
กับ ผศ.นพ.เทอดพงศ์ ทองศรีราช รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ว่าในการรับ

- บิดา (นาย)
- มารดา (นาง/นางสาว)
- สามี/ภรรยา (นาย/นาง/นางสาว)
- บุตร (นาย/นาง/นางสาว)

เป็นญาติสายตรงของข้าพเจ้าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ประกันตนสถานพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้าขอตกลงว่า หากข้าพเจ้าได้ออกจากงานไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ โดยปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์ไม่ครบตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนสิทธิ์ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยกเลิกการขึ้นทะเบียนสิทธิ์ประกันสังคม หลักจากที่ข้าพเจ้าพ้นจากราชการในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ไปแล้ว ญาติสายตรงของข้าพเจ้าจะต้องสิ้นสุดการเลือกสถานพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตามระเบียบผู้ประกันตนต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความนี้โดยตลอดแล้ว และถือปฏิบัติ จึงลงนามไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันสังคม
(.....)

(ลงชื่อ).....ญาติของบุคลากร
(.....)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าต้นสังกัดสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางสาวอภิษฎา ลิ้มพันธ์อุดม)

หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองศรีราช)



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน ----- เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี ---

ลำดับที่สาขา

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

เลขที่บัญชี ---

ลำดับที่สาขา

สิ้นสุดสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

2. การเลือกสถานพยาบาล

ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)

ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)

เหตุผล

เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี

เนื่องจาก

ย้ายที่อยู่.

เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ) ขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1 ชื่อ

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ

ลำดับที่ 3 ชื่อ

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.