การขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.สงขลานครินทร์ ของญาติสายตรงบุคลากร คณะแพทยศาสตร์

1. กรณีญาติสายตรงขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง

เอกสาร/หลักฐาน

1.1 แบบฟอร์มรับรองญาติสายตรงบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ฉบับ

1.2 บัตรประจำตัวประชาชน (Smart Card) ของญาติสายตรง

1.3 หนังสือรับรองการพักอาศัยของญาติสายตรงบุคลากรที่มีชื่ออยู่ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ 1 ฉบับ

1.4 สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง 1 ฉบับ

2. กรณีญาติสายตรงไม่สามารถขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง

เอกสาร/หลักฐาน

2.1 แบบฟอร์มรับรองญาติสายตรงบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ฉบับ

2.2 บัตรประจำตัวประชาชน (Smart Card) บุคลากรผู้ขอยื่นการขึ้นทะเบียน

2.3 สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กแรกคลอด) 1 ฉบับ

2.4 หนังสือรับรองการพักอาศัยของญาติสายตรงบุคลากรที่มีชื่ออยู่ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ 1 ฉบับ

2.5 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีญาติสายตรงบุคลากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป) 1 ฉบับ

2.6 สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง 1 ฉบับ

หมายเหตุ:

หนังสือรับรองการพักอาศัยของญาติสายตรงบุคลากรที่มีชื่ออยู่ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์

ต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- สำเนาทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ <u>โดยเจ้าบ้านรับรอง</u>อนุญาตให้ นาย/นาง/นางสาว/ด.ญ./ด.ช ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน
- มีเอกสารหรือหลักฐานอื่นๆ ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัย เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค/ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก/สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1. บุคลากร ดาวน์โหลดเอกสารต่างๆ ในเว็บไซต์ของฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์

2. บุคลากร ติดต่องานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ เวลา 8.30-12.00 น. และเวลา 13.00-15.30 น. เพื่อตรวจสอบและรับรองเอกสารการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ของญาติสายตรง โดยบุคลากรจะต้องปรับปรุงฐานข้อมูลญาติสายตรงในระบบสารสนเทศให้เป็นปัจจุบันก่อนขึ้นทะเบียน

HIS:https://shorturl.asia/7yS4Y , DSS:https://shorturl.asia/9SNcD,

HRIS: ติดต่อฝ่ายทรัพยากรมนุษย์, บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ของญาติสายตรง: ติดต่องานเวชระเบียน (สำหรับบุคลากรที่ต้องการเพิ่มคู่สมรส ต้องเปลี่ยนแปลงสถานภาพของตนเอง) แจ้งขอเปลี่ยนสถานภาพ ชื่อตัว ชื่อสกุล :https://shorturl.asia/lychx

3. ญาติสายตรงบุคลากร ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

3.1 กรณีญาติสายตรงบุคลากรขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง บุคลากรและญาติสายตรง ติดต่อคลินิกปฐมภูมิ (PCU) เวลา 8.00-12.00 น. และเวลา 13.00-15.30 น. เพื่อขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยบัตรประจำตัวประชาชนในโปรแกรมของสปสช.

3.2 กรณีญาติสายตรงบุคลากรไม่สามารถขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- ญาติสายตรงบุคลากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ โดยบุคลากรผู้ขอยื่นเป็นผู้รับมอบอำนาจดำเนินการแทน ติดต่อคลินิกปฐมภูมิ (PCU) เวลา 8.00-12.00 น. และเวลา 13.00-15.30 น. เพื่อขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยบัตรประจำตัวประชาชนในโปรแกรมของสปสช.

- ญาติสายตรงบุคลากร (เด็กแรกคลอด) บุคลากรผู้ขอยื่นติดต่องานการเงินรายได้ ชั้น 2 เวลา 8.30-12.00 น. และเวลา 13.00-16.00 น. เพื่อขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน และบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเด็กแรกคลอดของสปสช.

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

(ญาติสายตรงบุคลากร คณะแพทยศาสตร์)

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

↓

บุคลากร กรอกแบบฟอร์มรับรองฯ ผ่านหน่วยงานที่ตนเองสังกัด โดยให้หัวหน้าชั้นต้นลงนาม
(ต้องออกเลขที่หนังสือในระบบ Doc General)

↓ ↑ ไม่ถูกต้อง

ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ เวลา 8.30-12.00 น. , 13.00-15.30 น.
ตรวจสอบคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียน

↓

ญาติสายตรงบุคลากรขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง

ญาติสายตรงบุคลากร<u>ไม่สามารถ</u>ขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง

↓

บุคลากรขึ้นทะเบียนแทนญาติสายตรง
- อายุน้อยกว่า 15 ปี <u>ยกเว้นเด็กแรกคลอด</u>
(ไม่ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ)
- อายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป
(ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ)

บุคลากรขึ้นทะเบียนแทน
เด็กแรกคลอด

↓

งานการเงินรายได้ ชั้น 2
เวลา 8.30-12.00 น.,13.00-16.00 น.
บุคลากรขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน และบันทึกการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเด็กแรกคลอดของสปสช

↓

คลินิกปฐมภูมิ (PCU)
เวลา 8.00-12.00 น. , 13.00-15.30 น.
ญาติสายตรงบุคลากรขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโปรแกรมของสปสช.

↓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ไม่อนุมัติ → **คลินิกปฐมภูมิ/งานการเงินรายได้**
- แจ้งญาติสายตรงบุคลากร/บุคลากร

อนุมัติ ↓

คลินิกปฐมภูมิ ส่งข้อมูลให้ฝ่าย IT
update ข้อมูลในระบบ HIS ของโรงพยาบาล

แบบฟอร์มรับรองญาติสายตรงบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ส่วนงาน ..... **โทร** .....
ที่ ..... **วันที่** .....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... รหัสบุคลากร.....
ตำแหน่ง..... สังกัดสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย..... คณะแพทยศาสตร์
เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

1. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
HN รพ.มอ .....เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น .....
2. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
HN รพ.มอ .....เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น .....
3. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
HN รพ.มอ .....เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น .....
4. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
HN รพ.มอ .....เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น .....
5. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
HN รพ.มอ .....เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อตกลงข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอขึ้นทะเบียน
(.....)

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(ลงชื่อ).....
(.....)
ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....
(นางสาวอภิชญา ลิ้มพันธ์อุดม)
หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

หนังสือมอบอำนาจ

วันที่.....

เขียนที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว .....
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมาย เพื่อดำเนินการ

☑ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ เปลี่ยนสิทธิย่อย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ ต่ออายุสิทธิย่อย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)