

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยชื่อพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานคณะแพทยศาสตร์

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

บรรจุวาระการเมื่อวันที่..... จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

แจ้งความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

4.....เกี่ยวข้องเป็น.....

5.....เกี่ยวข้องเป็น.....

6.....เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยได้แนบรายละเอียดสำเนาเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้านบุคลากร | <input type="checkbox"/> บัตรประชาชนญาติสายตรง |
| <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้านญาติสายตรง | <input type="checkbox"/> ทะเบียนสมรส |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขึ้นทะเบียนประกันสังคม

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวอภิชญา ลิ้มพันธ์อุดม)

หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

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

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองครีรacha)

**ข้อตกลงระหว่างบุคลากร ญาติของบุคลากร โรงพยาบาลส่งชลานครินทร์
ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นผู้ประกันตนสถานพยาบาลโรงพยาบาลส่งชลานครินทร์
(สำหรับบุคลากรอายุงานไม่ถึง 10 ปี)**

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

ระหว่าง (นาย/นาง/นางสาว).....บุคลากรคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยส่งชลานครินทร์
กับ รศ.นพ.เทอดพงศ์ ทองครีราก รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ว่าใน การรับ

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

เป็นญาติสายตรงของข้าพเจ้าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยส่งชลานครินทร์ ผู้ประกันตนสถานพยาบาลโรงพยาบาลส่งชลานครินทร์ ข้าพเจ้าขอตกลงว่า หากข้าพเจ้าได้ออกจากงานไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ โดยปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์ไม่ครบตามหลักเกณฑ์ การเขียนทะเบียนสิทธิ์ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้โรงพยาบาลส่งชลานครินทร์ ยกเลิกการเขียนทะเบียนสิทธิ์ประกันสังคม หลักจากที่ข้าพเจ้าพ้นราชการในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยส่งชลานครินทร์ ไปแล้ว ญาติสายตรงของข้าพเจ้าจะต้องสิ้นสุดการเลือกสถานพยาบาล โรงพยาบาลส่งชลานครินทร์ ตามระเบียบผู้ประกันตนต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความนี้โดยตลอดแล้ว และถือปฏิบัติ จริงลงนามไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....บุคลากรผู้ขอเขียนทะเบียนประกันสังคม
(.....)

(ลงชื่อ).....ญาติของบุคลากร
(.....)

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

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

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

(ลงชื่อ).....รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองครีราก)



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน - - - - - - กีด 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 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

เลขที่บัญชี - - - - -

ลำดับที่สาขา - - - -

สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ 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 จะจัดสถานพยาบาลลำดับต่อไปในลำดับ
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.