

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"/> อื่น ๆ..... | |

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขึ้นทะเบียนประกันสังคม

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวอภิชญา ลิ้มพันธ์อุดม)

หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

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

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เทอดพงศ์ ทองครีรacha)



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
รันที่ 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/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

เลขที่บัญชี - - - - -

ลำดับที่สาขา - - - -

สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

2. การเลือกสถานพยาบาล

- ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล
- ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)
- ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (เบ็ดเตล็ด)

เบ็ดเตล็ด

- เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี
- เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี
เบื้องจาก
 - ย้ายที่อยู่.
 - เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
 - อื่นๆ (ระบุ)

- ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ)
ขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1 ชื่อ - - - -

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับต่อไปให้ตามลำดับ
ลำดับที่ 2 ชื่อ - - - -

ลำดับที่ 3 ชื่อ - - - -

- ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ
และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

- เท็นสมควรจัดสถานพยาบาล
- ไม่เท็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.