

จุดรับคำร้อง.....จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

1. รายนามบิดา/มารดาของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ศ.,ช.ศ.,คุณ,อื่นๆ).....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง และตามรณงค์บัตรประชาชนตามสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปให้ใส่

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

เขต.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรมือถือ.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการลงทะเบียน

ไม่เคยมีบัตรประชาชนถ้วนหน้า

หมกเลิกสิทธิจากสิทธิ.....

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

อื่นๆระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่ารายละเอียดของลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิยื่นใดที่รัฐจัดให้

(สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์

ของลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

ข้าพเจ้ามีส่วนทำของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับรองอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....อมา.ผู้ตรวจตอบเอกสาร

(.....)

3. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มารับตัวตนเอง

ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมอำนาจและเคล็ดเทศมภ์)

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่เชื่อมโยงมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่แนบฉบับตามที่ตั้งงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มี

เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่

กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียน

บ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือ

รับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ของผู้รับรอง หรือ ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน

กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย,นาง,น.ศ.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

เขต.....ถนน.....

อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,น.ศ.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

เขต.....ถนน.....

อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการขอลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอรับผิดชอบแทนที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ

ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เมื่อครั้งข้าพเจ้าได้กระทำให้ไว้ของตนของ

ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน นายจ้าง

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ศ.,อื่นๆ).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ศ.,ช.ศ.,คุณ,อื่นๆ).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

เขต.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

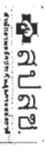
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....

วัน/เดือน/ปีที่ขอลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ.....จังหวัด.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน(ตัวจริง).....

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง