

## ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง.....

หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.,อื่นๆ).....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีวะ.....

1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปให้ได้

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

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

### 2. เหตุผลการลงทะเบียน

ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หหมดสิทธิจากสิทธิ.....

มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ

อื่นๆ ระบุ.....

### 3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ของลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน(ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....จนท. ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

### 6. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มารับด้วยตนเอง

ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมเจ้าหน้าที่และคิดแสดมปี)

## แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

## ส่วนที่ 2

### หลักฐานที่ยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มี

เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา

กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียน

บ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือ

รับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ของผู้รับรอง หรือใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน

กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

อื่นๆ ระบุ.....

### หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(ชื่อ).....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้(ชื่อ).....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ

ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง

ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

## ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

### สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน  ผู้นำชุมชน  นายจ้าง

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,นางสาว,ค.ช.,ค.ญ).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัส

ไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

### การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

### ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



### (ส่วนนี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....

วัน/เดือน/ปีที่ลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตร.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร (ตัวบรรจง).....

โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง