

ส่วนที่ 1 (สำหรับ ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียน)

หน่วยรับคำขอ.....

เลขที่แบบคำขอ.....

แบบคำขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว,คช.,คณ.).....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

2. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ไม่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ สิทธิประกันคนในกองทุนประกันสังคม/ สิทธิ  
กองทุนครูเอกชน/และสิทธิรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ และมีความประสงค์จะลงทะเบียนบัตรประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ / หน่วยบริการประจำ.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

ณ. จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

โทรศัพท์..... มือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

3. การรับบัตร  มารับด้วยตนเอง  ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมจำหน่ายและคืนซอง)

ส่งตามที่อยู่จริง  ส่งที่ทำงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

4. หากข้าพเจ้าไม่ได้ยื่นคำร้องลงทะเบียนใหม่ ในกรณีที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลในหน่วยบริการเดิมแล้ว ขอ

มอบอำนาจให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดลง ทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ ตาม  
ทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)