

ส่วนที่ 1 (สำหรับ ผู้ยื่นคำขอกรอก)

หน่วยรับคำขอ.....

เลขที่แบบคำขอ.....

แบบคำขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(กรณีเด็กอายุแรกเกิด -28 วัน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของเด็ก

1.1 ชื่อ-สกุล (คช.,คณ.).....

เลขประจำตัวประชาชน

วันเดือนปีเกิด.....

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

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

2. คำรับรอง ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นส.).....

มีความสัมพันธ์เป็น.....ของเด็ก และมีความประสงค์ดำเนินการขอลง ทะเบียนเลือก

หน่วยบริการประจำ แทน โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ / หน่วยบริการประจำ.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....

ณ. จังหวัด.....

ลงชื่อ.....

(.....)

โทรศัพท์.....มือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

3. การรับบัตร มารับด้วยตนเอง

ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมจำหน่ายและติดแสตมป์)

ส่งตามที่อยู่จริง ส่ง ที่ทำงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

4. หากไม่ได้ยื่นคำร้องลงทะเบียนใหม่ ในกรณีที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลในหน่วยบริการเดิมแล้ว ขอมอบ

อำนาจให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ ตามทะเบียน

บ้านของเด็ก

ลงชื่อ.....

(.....)