

กำหนดการกรอกแบบฟอร์มเพื่อรับบริการสุขภาพ

1. การแจ้งสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มที่	สิทธิการรักษาพยาบาล	แบบฟอร์มที่ใช้	หลักฐานที่ใช้
1	1.1 สิทธิกรมบัญชีกลาง 1.2 สิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ 1.3 สิทธิประกันสังคม 1.4 สิทธิข้าราชการการเมือง 1.5 ข้าราชการส่วนท้องถิ่น	กรอกแบบฟอร์มที่ 1 <u>เท่านั้น</u>	-
2	2.1 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2.2 กรณีลาออกจากที่ทำงาน	กรอกแบบฟอร์มที่ 1 และแบบฟอร์มที่ 2	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและ สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ <u>(พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</u>

หมายเหตุ: แบบฟอร์มที่ 1 คือ รายละเอียดสิทธิการรักษาพยาบาล
แบบฟอร์มที่ 2 คือ แบบฟอร์มประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. กรุณากรอกแบบฟอร์มให้เรียบร้อยและพรีนส์เอกสารส่งในวันที่ 10 กรกฎาคม 2556

ณ ห้องประชุม ชั้น 1 ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

3. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานกิจการนักศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย โทร.0-2441-4125 ต่อ 211-213

แบบฟอร์มที่ 2 แบบฟอร์มประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวอย่างวิธีการกรอกข้อมูล โดยกรอกเฉพาะส่วนที่ 1 เท่านั้น

วิธีการกรอกเอกสารประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอกรหัสนักศึกษา (ถ้ายังไม่ทราบให้เว้นไว้ก่อน)

หลักสูตรเป็นตัวย่อและคณะให้เรียบร้อย

กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

เลือกตามความเป็นจริง

ลงชื่อนักศึกษาให้เรียบร้อย

ส่วนที่ ๑	
หน้าฉบับที่..... รหัสของ.....	รหัสของ.....
1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน	
1.1 ชื่อ-สกุล (นาม, นาม, นามกลาง, นาม, นามสกุล)	
รหัสบัตรประจำตัวประชาชน	
[] []	
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ.....	
1.2 ที่อยู่จริงใน กทม. ที่สามารถส่งบัตรทองกลับไปได้	
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ต.หรือจ.หรือ.....	
ถนน..... ตำบล/แขวง.....	
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	
โทรศัพท์..... โทรสาร.....	
2. สถานะสมรสที่จะปฏิบัติ	
การอยู่กินกันฉันท์สามีภริยา	
<input type="radio"/> ไม่มีคนมีทะเบียนสมรสภาพ	
<input type="radio"/> มีคู่สมรสในครอบครัว	
<input type="radio"/> มีคู่สมรสต่างจังหวัด (ปัจจุบันอยู่ใน กทม.)	
<input type="radio"/> มีคู่สมรสต่างแดน (ต้องการยื่นขอรับบัตร	
<input type="radio"/> 3. การรับรอง	
ข้าพเจ้าขอขึ้นทะเบียนว่าขณะที่ยังคงเจ้าขึ้นสำหรัของลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้า	
มิได้รับบริการในหน่วยบริการ และมีความประสงค์ที่จะลงทะเบียนนี้	
โดยเลือกหรือผ่านหน่วยบริการดังนี้	
เลขที่เครือข่าย..... หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร.พ.ศิริราช	
หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....	
หน่วยบริการรับส่งต่อ..... ร.พ. ศิริราช	
4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นอัน	
5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะลงทะเบียนขอรับบัตรทองนี้ ได้ตลอดไปอยู่ใน กทม.	
ลงชื่อ..... (ผู้ลงทะเบียน)	
..... (ผู้ลงทะเบียนเป็นตัวแทน ผู้ลงทะเบียน)	
..... (ผู้ลงทะเบียนเป็น	
..... (ผู้ลงทะเบียนเป็น	
ลงเซ็น..... ผู้ตรวจตอนเอกสาร	
วันที่..... วันที่..... พ.ศ. 2548	

หลักการที่ใช้กับทั้งแบบกรอกเองของ:

- 1. สำเนาบัตรประชาชนจากกรมการทะเบียนราษฎรกว่า 15 ปี) ผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง. เก็บครองด้วย
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชนถูกต้อง หากมีที่อาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้เพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
- 3. หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน หรือมอบสำเนาบัตรเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร.
- 4. หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ปัจจุบันและเริ่มรับรองได้ในภาคกลาง
- 5. หนังสือรับรองของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง พร้อมประชาชนของผู้จ้างหรือนายจ้าง และเซ็นเป็นเอกสารด้วยมือผู้เซ็น เช่น ใบอยู่ร่ำไป (ใบสาขงสัญญาเช่าที่ที่คิด ที่ระบุว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือหนังสือรับรองของเจ้าหน้าที่กลางตลยฯ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประทับตราหน่วยงาน หนังสือรับรองของอาสาสมัครสาธารณสุข / บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นลงคนมีนักเรียน นักศึกษา ให้มอบสำเนาบัตรประชาชนรับรองสำเนาเอกสาร
- 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจหรือ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) เพื่อป้องกันกรณีมอบอำนาจฉบับอื่น ขอให้หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้ผู้ดูแลหนังสือมอบอำนาจ

โดยนึ่งถึงฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... ขอมอบอำนาจให้.....

ข้าพเจ้า..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... แขวง..... จังหวัด.....

เขต..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อค้สุขภาพถ้วนหน้า ขอขอบคุณที่ผู้รับมอบหมายดังกล่าวได้รับมอบหมายให้ดำเนินการดังกล่าว

