

# แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

## ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง : โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

หน่วยลงทะเบียนและออกบัตร : งานประกันสุขภาพ

คณะ : .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ค.ช. , ค.ญ.) .....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อาชีพ .....

1.2 ที่อยู่จริง ที่ผู้ลงทะเบียนพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่ .....31..... หมู่ที่ .....6..... ตรอก .....-..... ซอย .....-.....

ถนน .....-..... ตำบล/แขวง .....มะขามเตี้ย..... อำเภอ/เขต .....เมืองสุราษฎร์ธานี.....

จังหวัด .....สุราษฎร์ธานี..... รหัสไปรษณีย์ .....84000..... โทรศัพท์.....-.....

### 2. เหตุผลการลงทะเบียน

ไม่เคยมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หหมดสิทธิจากสิทธิ .....

มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

อื่น ๆ ระบุ .....

### 3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/ ประกันสังคม) และไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยมีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่าย หน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ .....

หน่วยบริการรับส่งต่อ ..... ณ. จังหวัด .....

### 4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

ลงชื่อ ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (มอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น .....

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)