

# ตัวอย่างการกรอกเอกสารประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แบบฟอร์มที่ 2) เฉพาะส่วนที่ 1

กรอกรหัสนักศึกษา (ถ้ายังไม่ทราบให้เว้นไว้ก่อน)  
 หลักสูตรเป็นตัวย่อและคณะให้เรียบริ่ย่อ

กรอกรายละเอียด  
ให้ครบถ้วน

เลือกตาม  
ความเป็นจริง

ลงชื่อนักศึกษาให้  
เรียบริ่ย่อ

## ส่วนที่ ๑

หน่วยคำร้อง.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รหัสนักศึกษา.....  
 หลักสูตร.....  
 คณะ.....

### 1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ - สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ.)

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด..... อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริงตามทะเบียนบ้าน  
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย.....

ถนน..... ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....

### 2. สถานะก่อนลงทะเบียน สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ

- ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ  ใกล้บ้าน
- มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ใน กทม.  ใกล้สถานศึกษา
- มีสิทธิเดิมใน กทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ  ใกล้ที่ทำงาน

### 3. คำรับรอง

ข้าพเจ้ายืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับ  
 บริการในหน่วยบริการ และมีความประสงค์จะขอลงทะเบียนฯโดยเลือก  
 เครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....รพ.ศิริราช.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....รพ.ศิริราช.....

4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม.

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้ปกครอง)  
 (.....) เกี่ยวข้องเป็น  
 ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร  
 (.....)

## ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกับแบบฯ

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือมร  
 16 ปี) ผู้ปกครองเห็นด้วย  
 ด้วย

2. สำเนาทะเบียนบ้านหรือมร

- กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่  
 เพิ่มเติมอย่างใดอย่างน

- หนังสือรับรองเจ้าบ้าน  
 เห็นด้วยรับรองสำเนาเอกสาร

- หนังสือรับรองผู้นำชุมชน  
 ผู้นำชุมชนและเห็นด้วยรับรอง

- หนังสือรับรองผู้นำจำ  
 ว่าจ้างหรือนายจ้าง และ

- เอกสารหรือหลักฐานอื่น  
 พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระ

- หนังสือรับรองของอาสา  
 ประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข

- กรณีมีนักเรียน นักศึกษา  
 ไม่ สำเนาเอกสาร

3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้  
 อำนวยให้ผู้ยื่นดำเนินการเพ  
 เพื่อป้องกันการแอบ  
 หากมีความจำเป็น ควร

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า...  
 ขอมอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
 ถนน.....

เขต.....  
 โทรศัพท์.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎ  
 หมายกำหนดการ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอม  
 ชอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดัง

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ลงชื่อ.....  
 (.....)

## หมายเหตุ

กรอกส่วนที่ 1 ตามตัวอย่างแล้ว จะต้องส่งมาทั้งแบบฟอร์มซึ่งมี 3 ส่วน ห้ามตัดส่วนที่ 2 และ 3

ส่วนที่ ๑ รหัสนักศึกษา.....  
หน่วยคำร้อง..... หลักสูตร.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คณิต.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ.)

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด..... อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริงตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย.....

ถนน..... ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....

2. สถานะก่อนลงทะเบียน สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ

- ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ  ใกล้บ้าน
- มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ใน กทม.  ใกล้สถานศึกษา
- มีสิทธิเดิมใน กทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ  ใกล้ที่ทำงาน

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับ  
บริการในหน่วยบริการ และมีความประสงค์จะลงทะเบียนฯโดยเลือก  
เครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว..... รพ.ศิริราช.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ..... รพ.ศิริราช.....

4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม.

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้ปกครอง)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกับแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า  
15 ปี) ผู้ปกครองเห็นดีรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง  
ด้วย

2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

▪ กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานการพักอาศัย  
เพิ่มเติมอย่างไรอย่างหนึ่งดังนี้

- หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้าน  
เห็นดีรับรองสำเนาเอกสาร
- หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของ  
ผู้นำชุมชนและเห็นดีรับรองสำเนาเอกสาร
- หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้  
ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเห็นดีรับรองสำเนาเอกสาร
- เอกสารหรือหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่  
พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่าคุณคนนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ
- หนังสือรับรองของอาสาสมัครของสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตร  
ประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเห็นดีรับรองสำเนาเอกสาร
- กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษาและเห็นดีรับรอง  
สำเนาเอกสาร

3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเห็นดีรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบ  
อำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง  
หากมีความจำเป็น ควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น  
หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย.....

ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนบัตรประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใน

ขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ ๓

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

- เจ้าบ้าน  ผู้นำชุมชน  เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- อาสาสมัครสาธารณสุข  อื่น ๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่า

ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ.).....

.....

❖ ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย.....

ถนน..... ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

❖ กำลังศึกษาอยู่ใน.....

สถานศึกษา..... เอกสาร.....

แขวง..... เขต.....

จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบ

ในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว

ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนกับให้เป็นหลักฐาน

(กรณีส่งบัตรให้ตามที่อยู่ทางไปรษณีย์)

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ส่ง.....

ชื่อ – สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่ง.....

❖ หลังจากยื่นคำร้อง สำนักงานจะตรวจสอบว่าท่านไม่มีสิทธิอื่นใด หรือมีการขอ

ลงทะเบียนซ้ำซ้อน

❖ เอกสารนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้ต้องตรวจสอบสิทธิก่อนใช้

บริการ (โทร 1330 กด 2 และกดเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก)

หลังวันที่ 17 ของเดือน  หลังวันที่ 30 ของเดือน

❖ ถ้าท่านได้รับสิทธิสำนักงานจะส่งบัตรทองไปให้ที่บ้าน หากยังไม่ได้รับบัตรภายใน

30 วัน ให้ติดต่อสอบถามจากจุดที่ท่านยื่นคำร้อง

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....