

คณะ.....ชั้นปีที่.....สาขา.....
ส่วนที่ 1
จุดรับคำร้อง.....โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร.....งานประกันสุขภาพ.....จังหวัด.....มหาสารคาม
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน
1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.อื่นๆ).....
เลขประจำตัวประชาชน
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....
1.2 ที่อยู่จริง
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....
- เหตุผลการลงทะเบียน
 ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 หหมดสิทธิจากสิทธิ.....
 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ
 อื่นๆ ระบุ.....

- คำรับรอง
ข้าพเจ้าขอขึ้นันว่าขณะขึ้นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้
หน่วยบริการปฐมภูมิ.....ศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม(ขามเรียง)
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หน่วยบริการประจำ.....รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มมส.....จังหวัด.....มหาสารคาม
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ
- ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน
ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)
(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
ลงชื่อ.....จนท.ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (เฉพาะ นิสิต. มมส.เท่านั้น)
ส่วนที่ 2

- หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน**
(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มี เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่
 สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)
 สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่
 กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียน บ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือ รับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับรอง หรือใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน
 กรณีมอบอำนาจ แบบสำเนา**บัตรประจำตัวประชาชน**ของผู้รับมอบอำนาจ
 อื่นๆ ระบุ.....

สำเนาบัตรนิสิต

หนังสือมอบอำนาจ
โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
มอบอำนาจให้.....นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง
ทุกประการ
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง
สถานะผู้รับรอง
 เจ้าบ้าน ผู้นำชุมชน นายจ้าง
 อื่นๆ ระบุ.....
ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.อื่นๆ).....
ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.อื่นๆ).....
พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....
ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง
ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....
วัน/เดือน/ปีที่ลงทะเบียน.....
ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....
เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....
หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....
กำหนดวันรับบัตรฯ.....
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน(ตัวบรรจง).....
โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....
มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

*****ใช้บัตรประชาชนแทนบัตรทอง*****