



สำนักงานประกันสังคม

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ..... ผู้รับ

<p>1. รายละเอียดผู้ประกันตน</p> <p>1.1 ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง..... ชื่อสกุล</p> <p>เลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ.....</p> <p>(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)</p> <p>1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ</p> <p>เลขที่บัญชี <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> ลำดับที่สาขา <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>เข้าทำงานเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.....</p>	
<p>2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล</p> <p>ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p>หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ</p> <p>- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ..... หรือ <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p>- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ..... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (สำหรับเจ้าหน้าที่)</p>	<p>3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร</p> <p>ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ</p> <p>3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> เหตุผล <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี (สำหรับเจ้าหน้าที่) <input type="checkbox"/> ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> ย้ายที่อยู่ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ</p> <p>เอกสารที่แนบ <input type="checkbox"/> บัตรฉบับเดิม <input type="checkbox"/> หลักฐานการย้ายที่อยู่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล ชื่อ - ชื่อสกุลเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>เอกสารที่แนบ <input type="checkbox"/> บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล</p>
<p>4. การรับบัตร</p> <p><input type="checkbox"/> ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ</p> <p><input type="checkbox"/> ขอรับบัตรด้วยตนเอง</p>	
<p>ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้ประกันตน ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้รับบัตร (.....) ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.</p>	
<p align="center">สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ</p> <p>ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล</p> <p>.....</p> <p align="center">ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ (.....) ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.</p>	