



กลุ่มภารกิจงานบริการการศึกษา อษ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 00548/2563
วันที่: 14 ส.ค. 63 เวลา 06:49

บันทึกข้อความ

คณะอักษรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 13 สิงหาคม 2563 เวลา 12:47
เลขรับที่: 1875

ส่วนงาน ฝ่ายทุนการศึกษาและบริการนิสิต สำนักบริหารกิจการนิสิต โทร.87077 โทรสาร 87053

ที่ อว 64.2.3.1/ 0579

วันที่ 13 สิงหาคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ดำเนินการรับเอกสารการขอย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากนิสิตใหม่

เรียน คณบดีทุกคณะ / สำนักวิชา / วิทยาลัย

ด้วยมหาวิทยาลัยได้จัดให้บริการย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมายังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งแนวปฏิบัติที่ผ่านมาจะให้นิสิตใหม่ดำเนินการในวันลงทะเบียนแรกเข้า แต่เนื่องจากปัจจุบันมหาวิทยาลัยได้เปลี่ยนแปลงการลงทะเบียนแรกเข้าเป็นระบบออนไลน์ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับนิสิตใหม่ในการย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในกรณีนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และดำเนินการรับเอกสารการขอย้ายสิทธิจากนิสิตใหม่และรวบรวมส่งมาที่ CU Student Corner ศาลาพระแก้วชั้นล่าง โดยมีรอบการส่งเอกสารของนิสิต ดังนี้

ภาคการศึกษาต้น ระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563

ภาคการศึกษาปลาย ระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2564

เพื่อจะได้ดำเนินการย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับนิสิตใหม่ต่อไป อนึ่ง หากพันทกำหนดดังกล่าว นิสิตสามารถดำเนินการยื่นเอกสารและติดต่อที่ CU Student Corner ศาลาพระแก้วชั้นล่างด้วยตนเองได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการนี้ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยพร ภู่งประเสริฐ)

รองอธิการบดี

เรียน คณบดีคณะอักษรศาสตร์
ผ่านรองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิต

เพื่อพิจารณาดังนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

เห็นสมควรให้ประชาสัมพันธ์ ให้นิสิตทราบโดยช่องทาง

หัวหน้าภาควิชาทุกสาขาวิชา เพื่อประชาสัมพันธ์

Social Network ของงานกิจการนิสิต

ติดประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดของงานกิจการนิสิต

ผู้แทนนิสิตคณะอักษรศาสตร์

หัวหน้านิสิตชั้นปีที่

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ ก.อศ.

นิสิตผู้ประสานงาน BALAC


อื่นๆ.....

ไม่อนุมัติให้ประชาสัมพันธ์

ทั้งนี้ นิสิตสามารถจัดส่งเอกสารได้ที่งานกิจการนิสิต

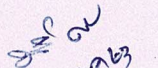
ห้อง 112 ชั้น 1 อาคารมหาวชิราวุธ

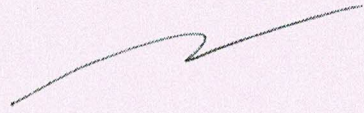
ตั้งแต่บัดนี้ - วันที่ 30 กันยายน 2563


(นางสาวเสาวลักษณ์ อนุยุทธพงศ์)

เจ้าหน้าที่บริการการศึกษา

20 สิงหาคม 2563


20 ส.ค. 63
Ms. Sawalaksana


ปภท.อ. เสนอ
ชาม เสนอ

01 ก.ย.
20 ส.ค. 63

การลงทะเบียนและย้าย “สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

มาที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิหนึ่งในการรับบริการด้านสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทยซึ่ง การย้ายสิทธิจากสถานพยาบาลเดิมมายังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการอำนวยความสะดวกให้สิทธิในการรับบริการด้านการแพทย์ นอกเหนือจากการรับบริการพื้นฐานที่ศูนย์บริการสุขภาพแห่งจุฬาฯ โดยนิติระดับปริญญา ที่มีสัญชาติไทยสามารถดำเนินการขอย้ายสิทธิได้ **ยกเว้น**

1. ผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมหรือผู้มีสิทธิข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 2. บุตรของข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี บริบูรณ์ (ให้ใช้สิทธิ์ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลงทะเบียนเมื่ออายุครบ 20 ปีบริบูรณ์)
- นิติสามารถตรวจสอบสิทธิของตนเองเบื้องต้น ได้โดย Scan QR CODE นี้หรือที่เว็บไซต์ <http://eservices.nhso.go.th/>



ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ



สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

1. การตรวจ วินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. ค่าห้องพักสามัญ และค่าอาหาร ในกรณีเป็นผู้ป่วยใน
3. การรับการรักษาในกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน
4. การรักษาด้วยการถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน*
5. การรักษาด้วยยาและเวชภัณฑ์ ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
6. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิต และผู้ติดยาและสารเสพติด

* ไม่สามารถใช้สิทธิที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์

เอกสารประกอบการขอย้ายสิทธิ ดังนี้

- (1) แบบคำขอย้ายสิทธิและหนังสือข้อตกลง (ขอรับได้จากฝ่ายกิจการนิสิตของคณะที่สังกัด หรือที่ CU Student Corner ศาลาพระเกี้ยวชั้นล่าง)
- (2) สำเนาบัตรประชาชน
- (3) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (4) สำเนาบัตรนิสิต

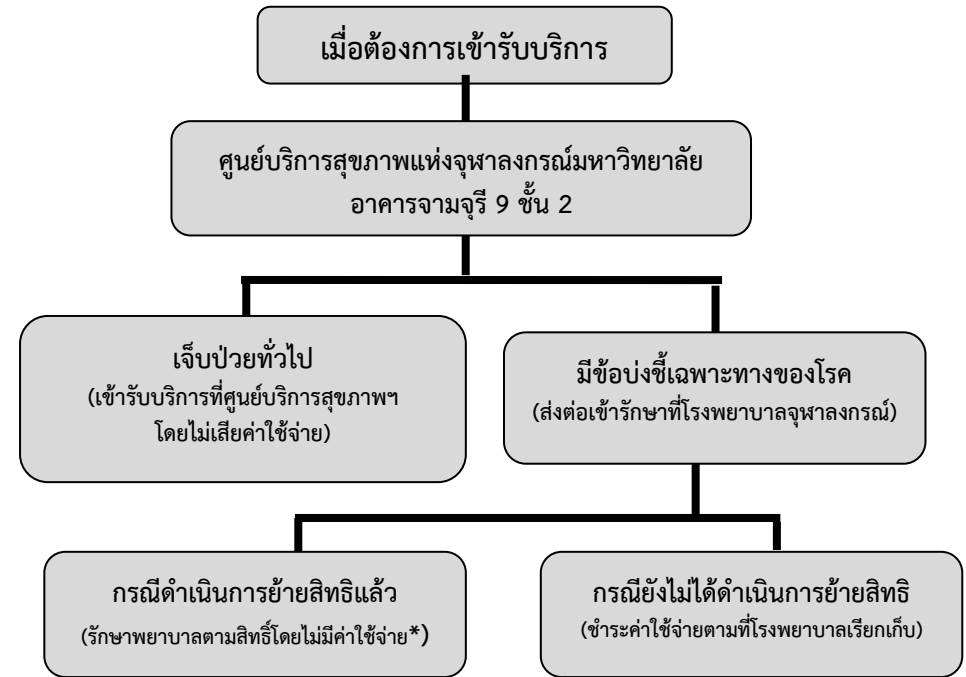
ส่งเอกสารการลงทะเบียนและย้ายสิทธิได้ที่

- CU Student Corner ศาลาพระเกี้ยว (ตรงข้ามศูนย์หนังสือจุฬาฯ)
- ฝ่ายกิจการนิสิตของคณะ หรือสำนักวิชาที่นิสิตสังกัดอยู่

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

ฝ่ายทุนการศึกษาและบริการนิสิต สำนักบริหารกิจการนิสิต
โทรศัพท์ 0 2218 7077

ขั้นตอนการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



*ตามขอบเขตค่าใช้จ่ายของสิทธิฯ และแนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลจุฬาฯ

การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1. เมื่อนิสิตได้รับสิทธิที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ต้องกดบัตรคิวที่ตู้บัตรคิวสีเหลือง และนำบัตรคิวติดต่อกับเคาเตอร์ 14 - 15 อาคาร ภปร. ก่อนใช้สิทธิทุกครั้ง
2. กรณีโรงพยาบาลไม่สามารถตรวจสอบสิทธิได้และมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายขอให้ นำบัตรประชาชนติดต่อกับศูนย์ประกันสุขภาพ อาคารจกณีนี โทร. 0 2256 5477
3. กรณีเจ็บป่วย, อุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถใช้สิทธิได้ทุกสถานพยาบาล
4. นิสิตสามารถใช้สิทธิได้จนสำเร็จการศึกษา จากนั้น จะต้องย้ายสิทธิไปที่สถานพยาบาลตามภูมิลำเนา ทั้งนี้ อาจไม่ใช่สถานพยาบาลเดิมที่เคยมีสิทธิ
5. นิสิตที่สำเร็จการศึกษา หากศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาจะต้องขอย้ายสิทธิใหม่



www.sa.chula.ac.th



FANPAGE FACEBOOK
ฝ่ายทุนการศึกษาและบริการนิสิตจุฬาฯ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โทรศัพท์ 1330



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑ 10330



หนังสือข้อตกลงขอขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (สำหรับเฉพาะนิสิตจุฬาลงกรณ์)

วันที่ เดือน พ.ศ.

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับคำขอขึ้นทะเบียน
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจาก นาย/นาง/นางสาว นามสกุล.....
คณะ..... ชั้นปี รหัสนิสิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
วันที่ออกบัตรประชาชน..... วันที่บัตรประชาชนหมดอายุ..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....
ที่อยู่ตามภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องทุกประการและขอยืนยัน ว่าผู้ขอขึ้นทะเบียน สิทธิประกันสุขภาพไม่มี
สิทธิการรักษาอื่นๆ แต่ประการใด

ลงชื่อ ผู้ยื่นขอสิทธิ ลงชื่อ ผู้รับขึ้นทะเบียน
(.....) (.....)
ตำแหน่ง

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเมื่อข้าพเจ้า จบการศึกษา / พ้นสภาพการเป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในทุกกรณี
ข้าพเจ้าจะดำเนินการย้ายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลับภูมิลำเนาของข้าพเจ้าด้วยตนเอง โดยหากข้าพเจ้า
ไม่ดำเนินการให้เสร็จภายใน 3 เดือน ข้าพเจ้ายินดีจะให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ดำเนินการย้ายสิทธิประกัน
สุขภาพถ้วนหน้ากลับภูมิลำเนาแทนข้าพเจ้า โดยย้ายไปขึ้นทะเบียน

- ชื่อหน่วยบริการ
- ไม่ระบุ

แบบคำขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(กทม.)
สำหรับนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

1.รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,นางสาว)

รหัสบัตรประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด อาชีพ

1.2 ที่อยู่จริงตามทะเบียนบ้าน อยู่บ้านเลขที่ หมู่

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ

2.สถานะก่อนลงทะเบียน

ไม่เคยมีสิทธิประกันสุขภาพฯ ไม่แน่ใจว่ามีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ฯ

มีสิทธิแล้วที่ต่างจังหวัดปัจจุบันอาศัยอยู่ใน กทม. อื่นๆระบุ

3.คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้อนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และมีความประสงค์จะลงทะเบียน ฯ โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการในเขตดังนี้

เครือข่ายที่ 0 7 0 8

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

หน่วยบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว

ก่อนเสมอยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ขอให้ไปที่หน่วยบริการรับส่งต่อ

ซึ่งระบุไว้ตามสิทธิและรับทราบว่าสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ปีละ 2 ครั้งเท่านั้น

ลงชื่อ ผู้ลงทะเบียน
(.....)

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

หลักฐานที่ยื่นมากับแบบคำขอลงทะเบียน

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนา

สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอมีชื่ออยู่

สำเนาบัตรประจำตัวนิสิต

ท่านมีแนวโน้มที่จะใช้บริการ รพ.จุฬาลงกรณ์

ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ท่านเคยใช้บริการที่ รพ.จุฬาลงกรณ์

เคย ไม่เคย

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

มี ไม่มี

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ

มอบอำนาจให้ **นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์** หัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทน

ข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการลงทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป

ภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน(เป็นผู้มอบอำนาจ)
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์)

นิสิตชั้นปี

คณะ

รหัสประจำตัวนิสิต

ข้อควรรู้ในการขอรับบริการ

- ในการขอรับบริการต้องแสดงตนพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรนิสิตที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักทุกครั้งเพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิ

- ท่านต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว (รพ.จุฬาฯ) ก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน สามารถไปที่หน่วยบริการอื่นที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- กรณีรับบริการเป็นผู้ป่วยนอกที่ รพ. จุฬา ฯ ติดต่อที่ตึก ภปร.ชั้น G ของหมายเลข 14 - 15 เพื่อลงทะเบียนตรวจ

- นอกเวลาราชการ (ถึงเที่ยงคืน) ติดต่อห้องตรวจเวชกรรมเบอร์ 9 ตึกจักรพงษ์

- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ไม่สามารถใช้สิทธิได้

- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินติดต่อห้องฉุกเฉิน ได้ 24 ชม.

- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมโทร. 1330 หรือติดต่อศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 02-256-4746, 02-256-5477

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการครั้งนี้ไม่ได้เป็นการตัดสิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิมที่โรงพยาบาล.....

ประสงค์จะย้ายสิทธิมาอยู่ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์