



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. ข้าพเจ้ารับทราบว่าต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ขอให้ไปที่หน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งระบุไว้ตามสิทธิและรับทราบว่าสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ปีละ 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