

แบบคำร้องขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรมแพทย์ทหารเรือ
สำหรับนักเรียนทหารและนักเรียนในโรงเรียนทหารสังกัดกองทัพเรือ

วันที่

เสนอ กรมแพทย์ทหารเรือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลรายละเอียดผู้ลงทะเบียน

(1) ข้าพเจ้า (รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน)

1. นนร. (ชื่อ-สกุลตัวบรรจง)

วันเดือนปีเกิด

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

1.2 ที่อยู่ปัจจุบัน

ตำบล

โทรศัพท์

1.3 ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้านก่อนเข้าเรียน) บ้านเลขที่

ซอย

จังหวัด

โทรศัพท์

1.4 เข้าเป็นนักเรียนเมื่อวันที่

1.5 คาดว่าจะจบการศึกษาเดือน

1.6 สถานะก่อนลงทะเบียน

มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีบัตรประกันสังคม

ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

ไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลใดๆ

อื่นๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงพร้อมกับแบบคำร้องลงทะเบียน (เลือก 1 อย่าง)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

บัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนและมีรูปถ่ายติดอยู่

ส่วนที่ 3 หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือให้ส่งข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพการรักษา และการส่งเสริมป้องกันโรคการดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องฯ ผ่านช่องทางการรับข่าวสารของข้าพเจ้า เช่นโทรศัพท์มือถือที่อยู่อีเมลตามที่ได้ระบุในแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

(1) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับกรมแพทย์ทหารเรือ

(2) ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ลงชื่อ

(.....)

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนชัดเจน

- กองสวัสดิการสุขภาพ พร. กรมแพทย์ทหารเรือ 504/54 บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

- โทร. 0 2475 2513 โทรสาร. 0 2876 6628