



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย  
1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑ 10330



หนังสือขอตกลงขอขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (สำหรับนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

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  
(ผศ.นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์)  
ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเมื่อข้าพเจ้า จบการศึกษา / พ้นสภาพการเป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในทุกกรณีข้าพเจ้า  
จะดำเนินการย้ายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลับภูมิลำเนาของข้าพเจ้าด้วยตนเอง โดยหากข้าพเจ้า  
ไม่ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายใน 3 เดือน ข้าพเจ้ายินดีให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ดำเนินการย้ายสิทธิประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้ากลับภูมิลำเนาแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นขอสิทธิ  
(.....)

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

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล.....

สิทธิสวัสดิการข้าราชการ  สิทธิประกันสังคม

อื่นๆระบุ .....

3.คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ **ข้าพเจ้ามิได้นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล** และมีความประสงค์จะขอลงทะเบียน ฯ โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการในเขตดังนี้

เครือข่ายที่

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว **โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย**

หน่วยบริการรับส่งต่อ **โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย**

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว

ก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ขอให้ไปที่หน่วยบริการรับส่งต่อ ซึ่งระบุไว้ตามสิทธิและรับทราบว่าสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ปีละ 2 ครั้งเท่านั้น

ลงชื่อ ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

หลักฐานที่ยื่นมากับแบบคำขอลงทะเบียน

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนา  
 2. สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้มีชื่ออยู่  
 3. 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 .....

ขอมอบอำนาจให้ ผศ.นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์ หัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป

ภายในขอบเขตแห่งหนังสือเหมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน(เป็นผู้มอบอำนาจ)

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(ผศ.นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์)

นิสิตชั้นปี .....

คณะ .....

รหัสประจำตัวนิสิต .....

ข้อควรรู้ในการขอรับบริการ

- ในการขอรับบริการต้องแสดงตนพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรนิสิตที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักทุกครั้งเพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิ
- ท่านต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว (รพ.จุฬาฯ) ก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน สามารถไปที่หน่วยบริการอื่นที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- กรณีรับบริการเป็นผู้ป่วยนอกที่ รพ. จุฬา ฯ ติดต่อที่ตึก ภปร.ชั้น G ช่องหมายเลข 10-13 เพื่อลงทะเบียนตรวจทุกครั้งที่ได้รับบริการ
- นอกเวลาราชการ (ถึงเที่ยงคืน) ติดต่อห้องฉุกเฉินตึกภูมิสิริฯ
- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ไม่สามารถใช้สิทธิได้
- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินติดต่อห้องฉุกเฉิน อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ได้ 24 ชม.
- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมโทร. 1330 หรือติดต่อศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 02-256-4746, 02-256-5477

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการครั้งนี้ไม่ได้เป็นการตัดสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ