



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑ 10330



หนังสือขอตกลงขอขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
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

ลงชื่อ ผู้รับขึ้นทะเบียน
(.....)

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

ไม่เคยมีสิทธิ์ประกันสุขภาพฯ ไม่แน่ใจว่ามีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ฯ

มีสิทธิแล้วที่ต่างจังหวัดปัจจุบันอาศัยอยู่ใน กทม. อื่นๆระบุ

3.คำรับรอง

ข้าพเจ้ายืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้า
มิได้นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และมีความประสงค์จะลงทะเบียน ฯโดย

เลือกเครือข่ายหน่วยบริการในเขตดังนี้

เครือข่ายที่

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

หน่วยบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว

ก่อนเสมอยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ขอให้ไปที่หน่วยบริการรับส่งต่อ

ซึ่งระบุไว้ตามสิทธิและรับทราบว่าสามารถเปลี่ยนสิทธิได้ปีละ 2 ครั้งเท่านั้น

ลงชื่อ ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

หลักฐานที่ยื่นมากับแบบคำขอลงทะเบียน

- 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนา
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอมีชื่ออยู่
- 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 นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์ หัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป

ภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุก

ประการ

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน(เป็นผู้มอบอำนาจ)

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(นพ.ภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์)

นิสิตชั้นปี

คณะ

รหัสประจำตัวนิสิต

ข้อควรรู้ในการขอรับบริการ

- ในการขอรับบริการต้องแสดงตนพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร
นิตินที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักทุกครั้งเพื่อใช้ในการตรวจสอบ
สิทธิ

- ท่านต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว (รพ.จุฬาฯ)
ก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน สามารถไปที่หน่วยบริการอื่นที่อยู่ใน
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- กรณีรับบริการเป็นผู้ป่วยนอกที่ รพ. จุฬา ฯ ติดต่อกับตึก ภปร.ชั้น G ของ
หมายเลข 14-15 เพื่อลงทะเบียนตรวจ

- นอกเวลาราชการ (ถึงเที่ยงคืน) ติดต่อห้องตรวจเวชกรรมเบอร์ 9
ตึกจักรพงษ์

- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ไม่สามารถใช้สิทธิได้

- กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินติดต่อห้องฉุกเฉิน ตึกจุฬาภรณ์ ได้ 24 ชม.

- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมโทร. 1330 หรือติดต่อศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 02-256-4746, 02-256-5477

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการครั้งนี้ไม่ได้เป็นการตัดสิทธิ
สวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจากจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิมที่โรงพยาบาล.....
ประสงค์จะย้ายสิทธิมาอยู่ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์