กระทรวงสาธารณสุข

ใบรับรองลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ

(สำหรับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หน่วยลงทะเบียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพของ นาย/นาง/นางสาว.....(ตัวบรรจง)

ซึ่งเป็น [ ] ผู้นำชุมชน [ ] อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เพื่อออกบัตรประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่มีภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เลขรหัสประจำบ้าน [ ][ ][ ][ ] – [ ][ ][ ][ ][ ][ ] – [ ]

ทั้งนี้มีรายชื่อบุคคลในครอบครัวที่ได้รับสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขที่ระบุในหลักเกณฑ์ฯ ดังนี้

ที่	ชื่อ – สกุล	ช	ญ	วันเดือนปีเกิด	เลขบัตรประจำตัวประชาชน
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]
					[ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]-[ ]

โดยมีหน่วยบริการประจำครอบครัว ดังนี้

๑. รพ.สต.....

๒. รพ.....

หลักฐานที่แนบมาพร้อมนี้

[ ] สำเนาทะเบียนบ้าน

[ ] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

[ ] อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอมีบัตร

(.....)

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u> ตรวจสอบหลักฐาน [ ] ถูกต้อง [ ] ไม่ถูกต้อง ..... ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ/ลงทะเบียน	ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติ