



แบบคำร้องขอขึ้นทะเบียน / ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า



หน่วยรับรองลงทะเบียนและออกบัตร : โรงพยาบาลสงขลา

1. ประวัติส่วนตัวของผู้ขึ้นทะเบียน

1.1 ชื่อ - สกุล (นาย / นางสาว)

*เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... ภูมิลำเนาเดิมจังหวัด.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

วัน/เดือน/ปี เกิด อาชีพ นักศึกษา อื่นๆ.....

1.2 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่พำนักอาศัยจริง อาจจะไม่ใช่ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

1.3 คณะ..... ชั้นปี..... สาขา..... มหาวิทยาลัย.....

2. ความประสงค์ในการขอขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ

ยินยอม เปลี่ยนสถานพยาบาล / ขึ้นทะเบียนใหม่ / เปลี่ยนสิทธิจากเดิมที่หมดอายุ เป็น

หน่วยบริการปฐมภูมิ : ศูนย์สุขภาพชุมชน (พิเศษ) ม.ราชภัฏสงขลา

หน่วยบริการประจำ (รับส่งต่อ) : โรงพยาบาลสงขลา

ไม่ยินยอมให้เปลี่ยนสิทธิ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... ผู้ขอขึ้นทะเบียน

(.....)

เมื่อท่านเปลี่ยนสถานบริการแล้ว ท่านจะสามารถใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลาได้ทุกแห่ง

สงคืนที่..... *ภายในวันที่.....

เมื่อได้รับข้อมูลแล้ว โรงพยาบาลสงขลา จะดำเนินการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ให้กับท่านโดยเร็ว