

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เชื่อมโยงหลายหน่วย
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานขึ้นทะเบียน
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
๙. ช่องทางการให้บริการ :
  - สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง เลขที่ ๕๕๒ หมู่ที่ ๑๓ ตำบลเขียงกลาง อำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน ๕๕๑๖๐ โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๙ ๗๑๐๑
  - ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ยื่นแบบคำขอร้องฯและสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก	๑๕ นาที	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง	
๒	ตรวจสอบแบบคำร้องฯ	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำร้อง และตรวจสอบฐานข้อมูลสิทธิในระบบสำนักทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย	๒๐ นาที	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง	
๓	ลงทะเบียนสิทธิ	บันทึกข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ ออนไลน์ ๒ รอบ ก่อนวันที่ ๑๐ และ ๒๒ ของทุกเดือน	๑๒ วัน	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง	
๔	อนุมัติสิทธิ	หน่วยงานกลาง อนุมัติสิทธิ ๒ รอบ วันที่ ๑๕ และ ๒๘ ของทุกเดือน	๑๕ วัน	สปสข.	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๗ วัน ๓๕ นาที

**๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว**

- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

**๑๒. ช่องทางการร้องเรียน**

- ไปรษณีย์ เลขที่ เลขที่ ๕๕๒ หมู่ที่ ๑๓ ตำบลเชียงกลาง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ๕๕๑๖๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง [www.sasukchiangklang.com](http://www.sasukchiangklang.com)
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๙ ๗๑๐๑
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง

วันที่พิมพ์	๒๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

## ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง.....

หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### 1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ดร.,ค.ญ.อื่นๆ).....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

### 1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปให้ได้

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ขอ.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

### 2. เหตุผลการลงทะเบียน

ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หมดสิทธิจากสิทธิ.....

มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

อื่นๆ ระบุ.....

### 3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ของลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....จนท./ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

### 3. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มารับด้วยตนเอง

ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมจำหน่ายและคิดแถมปี)

## แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

## ส่วนที่ 2

### หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มี

เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่

กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือรับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรอง หรือ ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน

กรณีมอบอำนาจ เน้นสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

อื่นๆ ระบุ.....

### หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ขอ.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ขอ.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ออมรำลึกขอบคุณที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง  
ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

## ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

### สถานะผู้รับรอง

เจ้าบ้าน  ผู้นำชุมชน  นายจ้าง

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ค.ช.,ค.ญ.อื่นๆ).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก.....

ขอ.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

### การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

### ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



### (ส่วนนี้ตัดให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....

วัน/เดือน/ปีที่ลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตร.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน(ตัวรับรอง).....

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง