

แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....

ประวัติบุคลากร

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสบุคลากร.....

หน่วยงานที่สังกัด.....คณะ.....เบอร์โทรฯ.....

เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

1. บิดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
2. มารดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
3. สามี/ภรรยา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
4. บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
5. บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริง ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน

(.....)

หัวหน้างานผู้ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น/รับรอง

[ ] บุคลากรมีสิทธิตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

[ ] เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

การจ้างงาน

[ ] ข้างต่อ

[ ] ยกเลิกการจ้าง

[ ] อื่นๆ.....

การอนุมัติขึ้นทะเบียน

[ ] อนุมัติ

[ ] อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....