

❖ คำแนะนำขั้นตอน ก่อนการลงทะเบียน ❖  
โครงการเบิกจ่ายตรงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับข้าราชการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้มีสิทธิได้ลงทะเบียนผ่านฐานข้อมูล สปสช. ตรวจสอบแล้วมีรายชื่อของท่าน ท่านต้องสมัครลงทะเบียน ณ สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษา ก่อน โดยปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. กรอกแบบใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ (เอกสารแนบ 1)
2. หลักฐานประกอบการพิจารณา
  - 2.1 กรณีข้าราชการและบุคคลในครอบครัว
    - บัตรประชาชน (ตัวจริง)
    - เด็ก ใช้สูติบัตร (ตัวจริง) / สำเนา และ ผู้สูงอายุใช้ ทะเบียนบ้าน (ตัวจริง) / สำเนา
3. บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ระบุชื่อ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (ตัวจริง) ถ้ามี / กรอกข้อมูลผู้ป่วยใหม่
4. นำหลักฐานจากข้อ 1,2,3 มาติดต่อลงทะเบียนที่งานเวชระเบียนฯ ช่อง 9 และ ช่อง 10
5. ผู้สมัคร มาติดต่อลงทะเบียนด้วยตนเอง เพื่อเก็บตัวอย่างลายนิ้วมือ

ลงทะเบียนได้ที่ งานเวชระเบียนและสถิติ (อาคาร ม.ร.ว.สุพรรณ)   
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ในวันทำการ ตั้งแต่เวลา 07.00 – 15.30 น. (ไม่ปิดพักเที่ยง)

สำหรับเจ้าหน้าที่	
วันที่สมัคร.....	
HN.....	เลขที่อนุมัติ.....
ลงชื่อเจ้าหน้าที่ลงทะเบียน .....	

**แบบใบสมัครเข้าร่วมโครงการจ่ายตรงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**  
(โครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ)

**ข้อมูลผู้สมัคร**

ค่านำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....  
 เลขประจำตัวประชาชน ..... เลขประจำตัวผู้ป่วย.....  
 วัน เดือน ปี เกิด...../...../..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....  
 ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิที่มีรายชื่อปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล มีความประสงค์  
 สมัครเข้าร่วม โครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทาง  
 ราชการ

(ข้าพเจ้ายินดีจะปฏิบัติตามระเบียบที่ได้กำหนดไว้ทุกประการ)

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
 (.....)  
 .....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้เลขที่..... หมู่.....ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....



# แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โปรดกรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ให้ครบถ้วนชัดเจน

## ข้อมูลผู้ป่วย

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ตำแหน่ง..... ชื่อ..... ชื่อกลาง..... นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน..... วัน..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ.....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย  แยกกันอยู่  นักบวช

สภาพผู้ป่วย  รู้สึกตัวดี  ไม่รู้สึกตัว

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์ (มือถือ).....อีเมลล์.....

ชื่อ - นามสกุล บิดา.....ชื่อ - นามสกุล มารดา.....

ผู้ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน.....

ที่อยู่ผู้ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์ (มือถือ).....

ผู้ติดต่อได้เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  บุตร  ภรรยา  สามี

ญาติ  เพื่อน  ผู้ปกครอง  นายจ้าง

อื่นๆ โปรดระบุ.....

## สิทธิการรักษา

เบิกราชการ หน่วยงาน.....

เบิกรัฐวิสาหกิจ หน่วยงาน.....

ประกันสังคม รพ.....

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.....

นักศึกษา มธ. คณะ.....

ประกันชีวิต ระบุ.....

อื่นๆ.....

## ประวัติการแพ้ยา

ไม่เคยแพ้

เคยแพ้ยา

โปรดระบุ.....

## หมู่เลือด

A  B  O  AB  อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้อง ตรงกับความจริงทุกประการและยินยอมให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ตรวจสอบจากฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ .....

ผู้ป่วย

ญาติ / ผู้นำส่ง

## สำหรับเจ้าหน้าที่

หลักฐานอ้างอิง  บัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้าน/สูติบัตร

หนังสือเดินทาง

ทร.38 / ใบอนุญาตทำงาน

ไม่มีบัตรมา

อื่นๆ .....

ข้อมูลได้จาก

ผู้ป่วย

ญาติ/ผู้นำส่ง

อื่นๆ .....

ลงชื่อ.....ผู้ซักประวัติ

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ