



## คำแนะนำขั้นตอน ก่อนการลงทะเบียน โครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

สำหรับข้าราชการบำนาญ,ข้าราชการ,ลูกจ้างประจำ,และบุคคลในครอบครัว

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล เบิกได้จากสังกัดกรมบัญชีกลาง /สังกัดกรุงเทพมหานคร และผู้มีสิทธิ  
ได้ลงทะเบียนผ่านฐานข้อมูลกรมบัญชีกลาง ตรวจสอบแล้วมีรายชื่อของท่าน ([www.cgd.go.th](http://www.cgd.go.th)) หลังจากนั้นท่าน  
ต้องสมัครลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ ณ สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษา ก่อน โดยปฏิบัติ ดังนี้

### ขั้นตอนและหลักฐานที่ใช้ในการสมัคร

1. บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ/สูติบัตร (กรณีเด็ก)/ทะเบียนบ้าน (กรณีผู้สูงอายุ)
2. บัตรประจำตัวผู้ป่วยของ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (**ตัวจริง**)  
**กรณี** ผู้ป่วยใหม่ / บัตรหาย / ลืมนำบัตรมา กรอกคำร้องผู้ป่วยใหม่
3. ผู้สมัครต้องติดต่อลงทะเบียนด้วยตนเองเพื่อเก็บตัวอย่างลายนิ้วมือ
4. ผู้สมัครชำระเงินค่าลงทะเบียน ที่งานการเงิน (หลังจากลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว)

ลงทะเบียนได้ที่ งานเวชระเบียนและสถิติ (อาคาร ม.ร.ว.สุวพรรณ) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ  
วันราชการ(จันทร์-ศุกร์) เวลา 07.00 – 15.30 น. (ไม่ปิดพักเที่ยง)  
สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 0-2926-9851

ตรวจสอบรายชื่อของท่านได้ทางเว็บไซต์ ([www.cgd.go.th](http://www.cgd.go.th)) เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ



# 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