



ประกาศฝ่ายกิจการนิสิต  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เรื่อง สวัสดิการ การรักษาพยาบาลของนิสิตแพทย์

\*\*\*\*\*

แจ้ง นิสิตแพทย์ทุกคน

เพื่อประโยชน์ด้านสวัสดิการ การรักษาพยาบาลของนิสิตแพทย์ทุกชั้นปี  
ฝ่ายกิจการนิสิต ขอให้นิสิตแพทย์ที่ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบิดามารดาที่เป็นข้าราชการ  
เมื่ออายุครบ 20 ปี บริบูรณ์แล้ว ไปทำบัตรสุขภาพทันที โดย

1. ติดต่อรับแบบฟอร์มที่ฝ่ายกิจการนิสิต
  2. ยื่นแบบฟอร์มและหลักฐานตามกำหนด ที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ตึกจักรพงษ์ชั้นล่าง  
ระหว่างรอสิทธิการรักษาพยาบาล
1. ผู้ป่วยนอกใช้ระยะเวลาราว 2 สัปดาห์
  2. กรณีผู้ป่วยในสามารถรับบริการ ระหว่างรอรับสิทธิการรักษาพยาบาลได้

ฝ่ายกิจการนิสิต  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบคำขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(กทม.)

สำหรับพนักงานของจุฬาลงกรณ์ - เจ้าหน้าที่สภาอากาศไทยและครอบครัว

วันที่.....เดือน.....พศ.....

1.รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,นางสาว,คช,คญ.)

.....

รหัสบัตรประชาชน

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริงที่สามารถส่งบัตรทองกลับไปให้ได้อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. สถานะก่อนลงทะเบียน

□ ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพฯ □ ไม่แน่ใจว่ามีสิทธิบัตรประกันสุขภาพฯ

□ มีบัตรแล้วสิทธิต่างจังหวัดปัจจุบันอาศัยอยู่ใน กทม. □ อื่นๆระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนบัตรทองนี้ ข้าพเจ้า
มิได้นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และมีความประสงค์จะขอลงทะเบียนฯ

โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ในเขตดังนี้
เครือข่ายที่ □ 0 □ 7 □ 0 □ 8

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
หน่วยบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว
ก่อนเสมอยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ขอให้ไปที่หน่วยบริการรับส่งต่อ
ซึ่งระบุไว้ในบัตรและรับทราบว่าจะสามารถเปลี่ยนบัตรได้ปีละ 2 ครั้ง เท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นเอกสารแทน(ผู้ปกครอง)
(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร
(.....)

หลักฐานที่ยื่นมากับแบบคำขอลงทะเบียน

□ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนา (เด็กอายุต่ำกว่า 15
ปี ให้ใช้สำเนาสูติบัตรผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนา)พร้อมแนบสำเนาบัตร

ประชาชนของผู้ปกครอง

□ 2. สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอมีชื่ออยู่
□ 3. กรณีทะเบียนบ้านต่างจังหวัดให้ใช้สำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยและเจ้า
บ้านรับรองสำเนาและรับรองการพักอาศัยอยู่จริง หรือหนังสือรับรองจาก

หน่วยงานต้นสังกัดหรือแนบสำเนาใบเสร็จรับเงินค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟหรือ
ค่าโทรศัพท์ที่ระบุบ้านเลขที่ที่พักอาศัยอยู่จริง(อย่างใดอย่างหนึ่ง)กรณีผู้นำชุมชน

เซ็นชื่อรับรองการพักอาศัย ให้สำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชนพร้อมเซ็น
รับรองสำเนาเอกสารด้วย

□ 4. กรณีมอบอำนาจให้เพิ่มสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นายแพทย์มานพ ใจวิวัฒน์กุล
งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิ
ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป
ภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

จนท.ชื่อหน่วยงาน.....
นิติแพทย์/นศ.พยาบาล/ ชั้นปี.....
โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อควรรู้ในการขอรับบริการ

-ในการขอรับบริการต้องยื่นบัตรทองพร้อมบัตรประชาชนหรือสูติบัตร
ทุกครั้งเพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิ
-ท่านจะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวก่อน
เสมอยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินขอให้ไปที่หน่วยบริการ
รับส่งต่อซึ่งระบุไว้ในบัตร(แต่หากไม่สามารถไปได้ให้ไปที่หน่วย

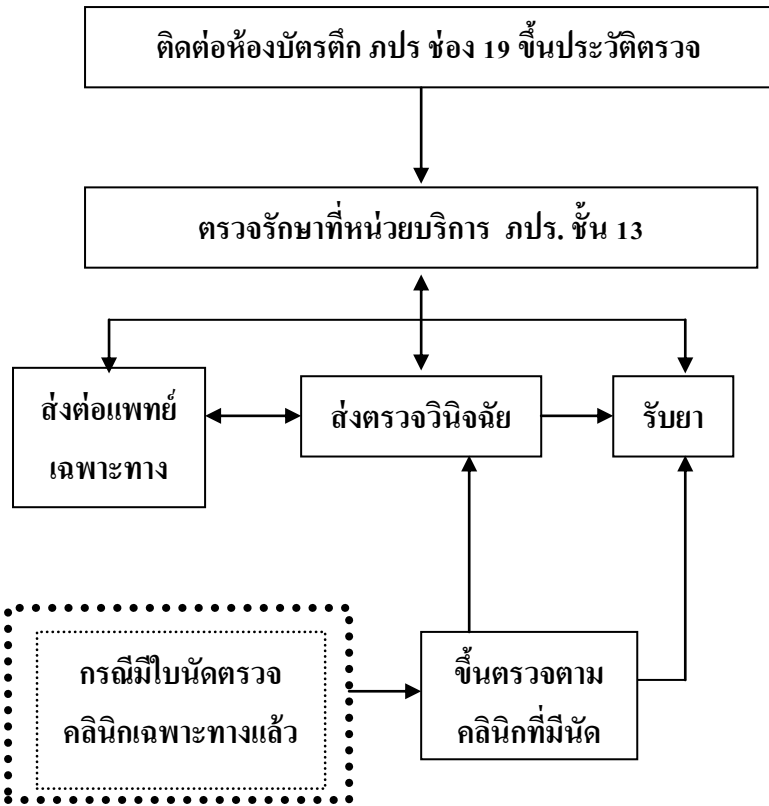
บริการอื่นที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
-หากมีความจำเป็นต้องรับการรักษาเมื่อสิทธิเกิดแล้ว แต่ยังไม่ได้รับ
บัตรทอง สามารถใช้ทางบัตรที่เจ้าหน้าที่ตัดให้แทนบัตรทองได้ โดย
ใช้คู่กับบัตรประชาชน
-กรณีสิทธิใหม่ยังไม่เกิด ท่านยังสามารถใช้บริการหน่วยบริการเดิม
-สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร.1330 ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
เวลา 8.30 - 21.00 น.

\*\*\*\*\*

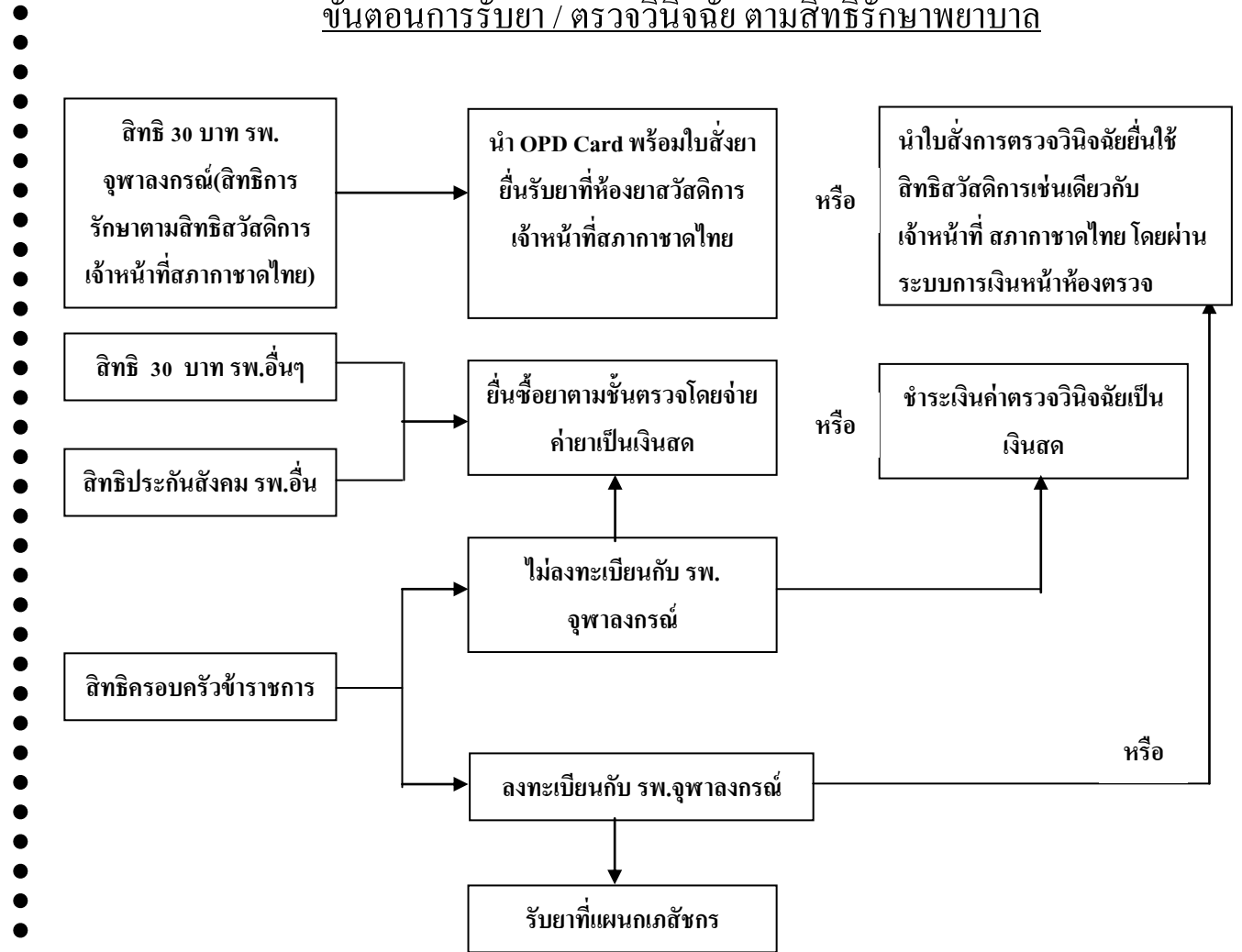
การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการครั้งนี้ไม่ได้เป็นการตัดสิทธิ
สวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับจาก
สภากาชาดไทย

# ผังแสดงขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยนอกของนิติแพทย์

## ขั้นตอนรับบริการตรวจรักษา



## ขั้นตอนการรับยา / ตรวจวินิจฉัย ตามสิทธิรักษาพยาบาล

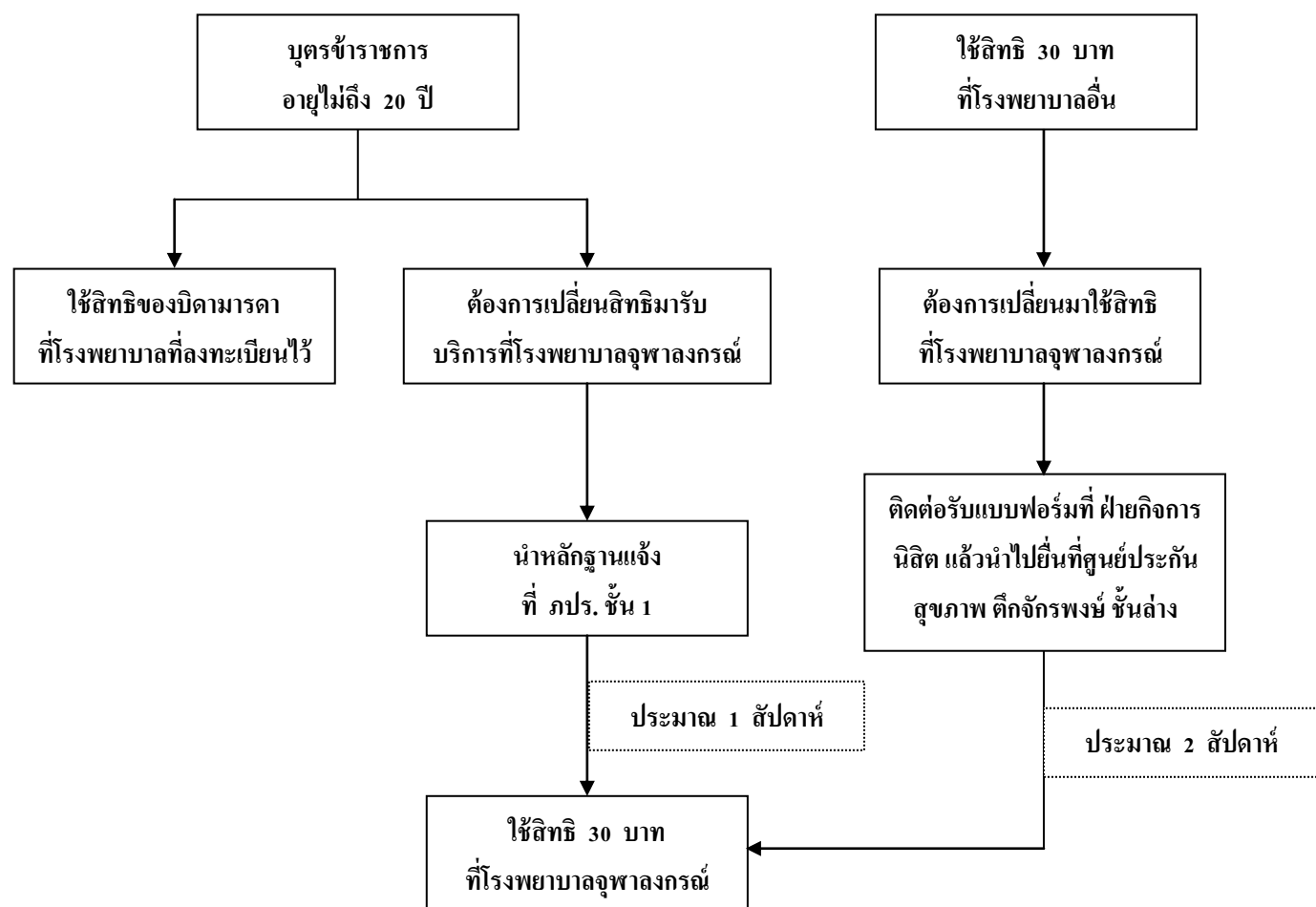


หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยในการใช้สิทธิรักษาพยาบาล สามารถติดต่อศูนย์ประกันสุขภาพ ตึกจักรพงษ์ชั้นล่าง หมายเลขโทรศัพท์ 02-2528181-9 ต่อ 3410 ,02-2565477

คุณสุชญา

# สิทธิที่นิติได้รับ

1. กรณีผู้ป่วยนอก ใช้ยาตามบัญชียาหลัก เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สถานกาชาดไทย
2. กรณีผู้ป่วยใน ได้รับสิทธิผู้ป่วยพิเศษ (ปกติสิทธิ 30 บาท ได้รับสิทธิผู้ป่วยสามัญ)
3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับรักษาได้ที่สถานพยาบาลทุกแห่งที่อยู่ใกล้
4. นิติที่เป็นบุตรข้าราชการ และอายุยังไม่ครบ 20 ปี ถ้าต้องการใช้สิทธิที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ต้องมาขอลงทะเบียนและป้อนนิ้วมือ ที่ตึก ภปร.
5. นิติที่เป็นบุตรข้าราชการและมีอายุครบ 20 ปีให้นำหลักฐานมาสมัครใช้สิทธิ 30 บาทที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทันที (บัตรประชาชน, ทะเบียนบ้าน) เพื่อจะได้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล
6. นิติที่ใช้สิทธิ 30 บาทที่โรงพยาบาลอื่น ให้แจ้งย้ายสิทธิมาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ใช้หลักฐานเช่นเดียวกับข้อ 5) ไม่เช่นนั้น จะมาใช้สิทธิที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่ได้ ยกเว้นกรณีจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง



**หมายเหตุ สิทธิ 30 บาท**  
 คุ้มครองทุกวันทั้ง 10 และ 20 ของเดือน  
 ต้องส่งเอกสารก่อนวันที่ 10 สิทธิขึ้น 15 ของเดือน  
 ต้องส่งเอกสารก่อนวันที่ 20 สิทธิขึ้น 28 ของเดือน