

แบบคำขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เขียนที่ โรงพยาบาลลำปาง

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

\*\*\* ชื่อ - สกุล.....

วัน / เดือน / ปีเกิด.....ประกอบอาชีพ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

ที่อยู่ปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่.....มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.....

ตำบล...ชมพู... อำเภอ...เมือง... จังหวัด...ลำปาง...

โทรศัพท์.....

2. คำรับรอง

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ไม่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิประกันตนในกองทุนประกันสังคม / สิทธิกองทุนครูเอกชน และสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้และมีความประสงค์จะลงทะเบียนประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ / หน่วยบริการประจำโรงพยาบาลลำปาง หน่วยบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลลำปาง ณ จังหวัดลำปาง

ลงชื่อ.....ผู้ถือบัตร หรือผู้ขอขึ้นทะเบียนแทน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

\*\*\*แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ\*\*\*