

แบบขอใช้บริการระบบตรวจสอบการใช้สิทธิรักษาพยาบาล

๑. เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล (ตัวบรรจง)

Name (Mr./Miss/Mrs.) Surname (ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง

๓. ชื่อสถานพยาบาล จังหวัด

๔. ชื่อสถานพยาบาลเครือข่าย จังหวัด

๕. วัตถุประสงค์ (ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ)

☐ ขอมี User – ID ใหม่

☐ ขอใช้ User – ID เดิม กรณีถูกยกเลิกเนื่องจากไม่เข้าใช้งานเกิน ๖ เดือน (ระบุ User – ID)

☐ ขอยกเลิก User – ID (ระบุ User – ID)

๖. หมายเลขโทรศัพท์ E-mail Address

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- หมายเหตุ :
๑. ขอให้กรอกข้อมูลให้ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วนทุกข้อ
 ๒. สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลทาง email ผู้ขอ User เท่านั้น
 ๓. กรณีสถานพยาบาลเครือข่ายให้ขอ User ผ่านสถานพยาบาลหลัก (Main contractor)
 ๔. กรณีผู้ขอได้รับ User และ Password แล้ว หากไม่ได้เข้าใช้งานในการตรวจสอบสิทธิฯ เป็นระยะเวลา ๖ เดือนติดต่อกัน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิจะยกเลิก User และ Password โดยไม่จำเป็นต้องบอกกล่าวล่วงหน้า
 ๕. หาก ได้รับ User และ Password แล้ว ต่อมาไม่ได้ทำงานในการตรวจสอบสิทธิฯ ควรแจ้งยกเลิกต่อสำนักงานประกันสังคม