

ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง

**1. รายละเอียดสถานบริการ**

***1.1 ข้อมูลทั่วไป :***

ชื่อ………………………………………………………………………….……………… รหัสสถานบริการ ……………………........

สถานที่ตั้งเลขที่….........…………หมู่ที่…………..ซอย…………………..………ถนน……………………………..………………

ตำบล/แขวง…………………………อำเภอ/เขต…………………….…....................จังหวัด..........................................

รหัสไปรษณีย์........................... โทรศัพท์……………………………………..………โทรสาร………….………………………

***1.2 สังกัดหน่วยบริการ :***

❒ รัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

🔿 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

🔿 นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบุกรม)...............................................

❒ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระบุกระทรวง..................................................

สังกัดย่อย......................................................

❒ เอกชน

- บริษัท/เจ้าของกิจการ ชื่อ.........................................................................................................   
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) เลขที่.......................................................

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) เลขที่.............................................................

***1.3 จังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียน****……....…………………………………………………..*

**2. ประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ** (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ประเภท)

❒ **หน่วยบริการประจำ** โดยมี

- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ชื่อ....................................................................................... รหัส....................

- หน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน ........................... ชื่อ............................................................. รหัส....................

❒ **หน่วยบริการปฐมภูมิ** โดยมีหน่วยบริการประจำ ชื่อ............................................................... รหัส ..................

**❒ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ**

🔿 **หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป** โดยมีหน่วยบริการประจำ ชื่อ........................................รหัส................

🔿 **หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน** ....................................................................................................

**❒ หน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้าน**.........................................................................................................................

🔿 ทำนิติกรรมกับหน่วยบริการประจำ ชื่อ.................................................................... รหัส............................

🔿 ทำนิติกรรม**โดยตรงกับ สปสช.**

**3. ระยะเวลาเริ่มให้บริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ...........................................................

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนี้เป็นความจริง  
ทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร และหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้ว

ยื่น ณ วันที่……………………………………….........

ลงชื่อ……………………………………………………

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี) (……………………………………...…………….)

(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ )

***เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ (* กรุณาใส่เครื่องหมาย 🗸 ในช่อง )**

|  |
| --- |
| **❒** หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)  **❒** สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)  **❒** สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)  **❒** สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล )  **❒** แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น  **❒** สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น  **❒** สำเนาใบรับรองอื่นๆ  หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ |

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

|  |
| --- |
| ได้ตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ของผู้สมัครแล้ว ปรากฏว่า  **❒** ครบถ้วน    **❒**  ไม่ครบถ้วน ยังขาดเอกสาร………………………………………………………………………………………  ความเห็นเจ้าหน้าที่ ……………………………………………………………………………………………………………..………..........  ...............................................................................................................................................................................  ลงชื่อ…………………………………………………..  (………………………………………………….…)  ตำแหน่ง………………………………………………………...    วันที่………………………………………………. |