

เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการฉีดวัคซีน เช่น สำเนาถูกต้อง กรณีผู้รับบริการฉีดวัคซีนเสียชีวิต ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้องกรณีไม่ใช่ผู้รับบริการฉีดวัคซีน
3. สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการฉีดวัคซีน กรณีที่เสียชีวิต ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร เช่น สำเนาถูกต้อง
5. สำเนาเวชระเบียน **สำคัญมากต้องมี**
6. สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (แบบรายงานอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค AEFI 1) (ถ้ามี)
7. ใบรับรองแพทย์ แสดงรายละเอียดความเสียหายจากการฉีดวัคซีน
8. ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน
9. หลักฐานการฉีดวัคซีน
10. ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย
11. หลักฐานอื่นๆ

ส่งมาที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

เลขที่ 2 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนสมุทรศักดิ์ตารักษ์

ตำบลหน้าเมือง

อำเภอเมือง

จังหวัดราชบุรี

70000