



## แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล/ชื่อนิติบุคคลภาษาไทย).....

โดย นาย/นาง/นางสาว.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันตามหนังสือรับรองนิติบุคคล /

ผู้มีอำนาจ กระทำการแทน มีความประสงค์

 ขอใช้บริการการโอนเงินผ่านธนาคาร ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลการใช้บริการ

(กรอกข้อมูลเฉพาะรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง)

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ใช้บริการ**

ชื่อหน่วยงาน/นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา ภาษาไทย (TH) .....

ภาษาอังกฤษ (EN) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

ที่อยู่ภาษาไทย .....

ที่อยู่ภาษาอังกฤษ .....

รหัสไปรษณีย์..... E-mail.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

**ส่วนที่ 2 : ข้อมูลธนาคารเพื่อขอรับเงินผ่านธนาคาร**

ชื่อธนาคาร .....สาขา.....รหัสสาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้รับโอนเงิน

**ส่วนที่ 3 : การขอใช้บริการ**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับเงินทุกประเภท จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ตามที่ระบุไว้ข้างต้น ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าว จากเงินที่จะได้รับจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเว้นแต่จะมีข้อยกเว้นเป็นอย่างอื่น

ประทับตรา (ถ้ามี) ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

**หมายเหตุ :**

1. กรณีบุคคลธรรมดา ให้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร /กรณีเปลี่ยนชื่อสกุล แนบหลักฐานการเปลี่ยน
2. กรณีนิติบุคคล
  - 2.1 ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทได้ โดยแนบเอกสาร ดังนี้
    - (1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน /กรณีเปลี่ยนให้แนบหลักฐานการเปลี่ยน
    - (2) สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (หน้าที่มีชื่อผู้ฝากและเลขที่บัญชีธนาคาร)
    - (3) หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
  - 2.2 จัดส่งใบเสร็จรับเงินมาที่สปสช.ภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร