



เดือน/ปี	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
เลขที่	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

แบบกรอกข้อมูลทำบัตรสุขภาพต่างดาว

กรอกข้อมูลวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลือก Package ประกันสุขภาพ * ซื้อประกันสุขภาพ ไม่ซื้อประกันสุขภาพ

ประเภท บัตรต่างดาวทั่วไป บัตรต่างดาว เด็ก 0-7 ปี บัตรต่างดาวรอสิทธิประกันสังคม

เลขที่บัตรประชาชน.....

คำนำหน้า นาย / นาง / นางสาว / เด็กชาย / เด็กหญิง

ชื่อ..... นามสกุล..... ชื่อกลาง.....

Name..... Last name..... Middle name.....

เพศ(Sex) ชาย / หญิง สถานะภาพสมรส โสด / สมรส สัญชาติ..... วดป.เกิด.....

ประเทศที่เกิด..... จังหวัด/เมืองที่เกิด..... ศาสนา..... เบอร์โทร.....

ที่ทำงาน	
ชื่อสถานประกอบการ.....	เลขที่สถานประกอบการ.....
ชื่อนายจ้าง.....	นามสกุล.....
บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....	
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	โทร.....

ที่พักอาศัยปัจจุบัน	
ชื่อสถานประกอบการ.....	เลขที่สถานประกอบการ.....
ชื่อนายจ้าง.....	นามสกุล.....
บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....	
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	โทร.....

ลงชื่อผู้ทำบัตร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลอุดรธานี

ผลการตรวจสุขภาพ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
 ปกติแต่ตั้งครรภ์

การรับบัตรสุขภาพ

ลงชื่อรับบัตร.....

รับบัตร (วันเดือนปี).....

หากผู้รับบัตรไม่ใช่เจ้าตัวระบุเกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้รับบัตรแทน

คำรับรองการเป็น สามี - ภรรยา - ผู้ติดตาม

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล เลขประจำตัว 13 หลัก.....

อายุ..... สัญชาติ..... ขอรับรองว่า ผู้ยื่นทำบัตรสุขภาพ ชื่อ..... อายุ.....

สัญชาติ..... มีความเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยฐานะเป็น..... และได้อยู่ในความปกครองดูแลของ

ข้าพเจ้า พร้อมให้อยู่อาศัยในบ้านจริง สามารถตรวจสอบได้ ตามที่อยู่ปรากฏในบัตรสุขภาพ

หากไม่เป็นความจริงตามที่ให้คำรับรองไว้ ขอให้ทางโรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการตามกฎหมายต่อไปได้

ลงลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....

ลงลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นทำบัตร

(.....)

วันที่.....

เห็นควรทำบัตร ไม่เห็นควรให้ทำบัตร

ลงลายมือชื่อ.....

(นายภัททติศ วัฒนาพุทธ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ