



เดือน/ปี  /   
เลขที่

## 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