

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สัทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม
 ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ รายได้

ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

โทรศัพท์

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

โทรศัพท์

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน..... จังหวัด.....

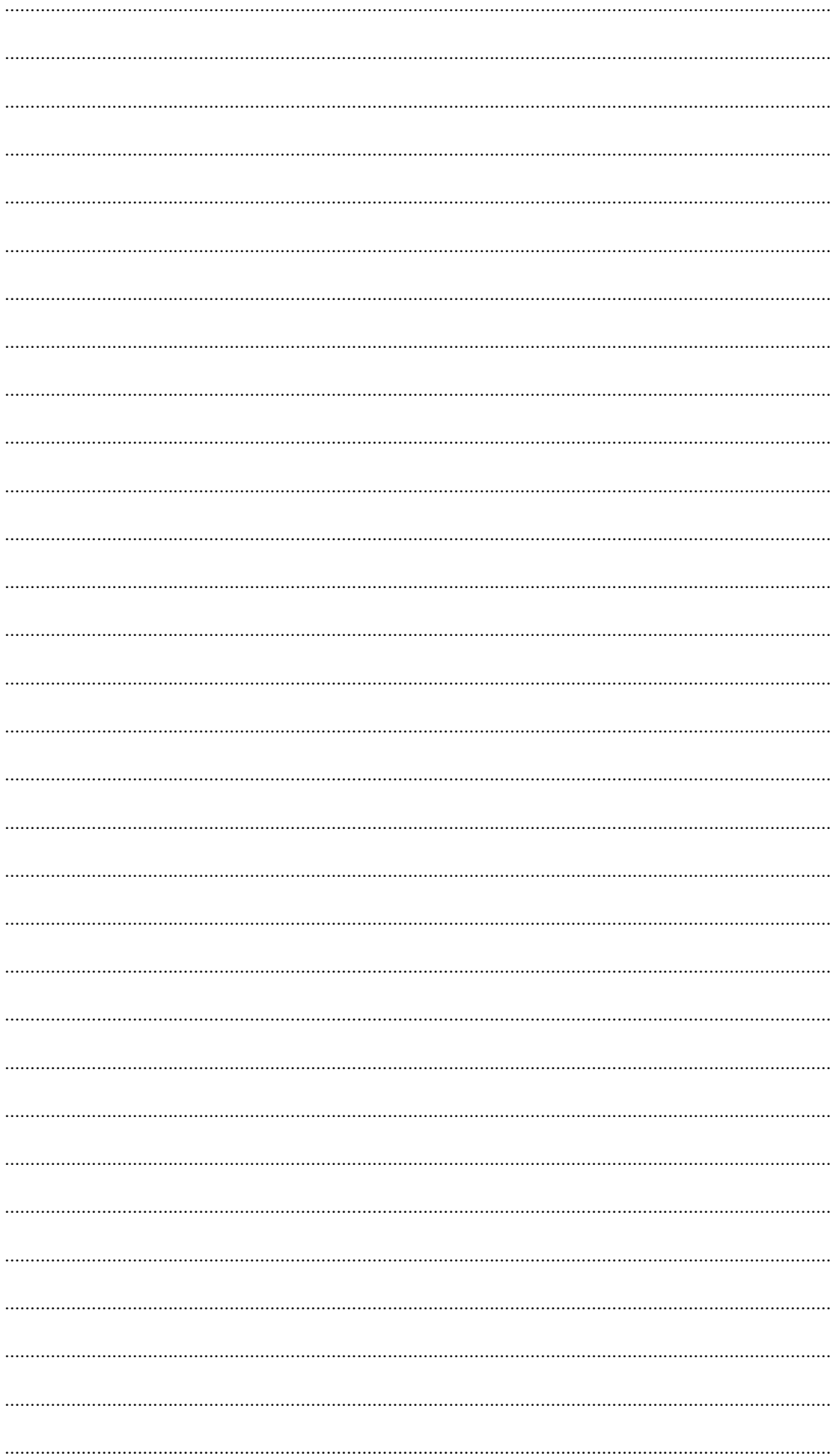
๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ เข็มที่ ๒

เข็มที่ ๓ เข็มที่ ๔

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน
- สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่ทำการรักษา
- เอกสารอื่นๆ (ระบุ)
-
-
-
-

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

- หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)
- เลขที่ บัญชี ของ (ระบุชื่อ)
- ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

๑. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ (กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือ เกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
๒. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
๓. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
๔. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่ จังหวัดที่เข้ารับการรักษาตัวขึ้นป้องกันโรคโควิด ๑๙
๕. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๔๐๐๐ เวลาราชการ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๙๗๓๐-๑
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. ๑๓๓๐ เปิดบริการ ๒๔ ชั่วโมง
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่