



ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ
และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ เพื่อให้การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๒ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๕

(๒) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้หมายความรวมถึงสำนักงานสาขาด้วย

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๕ บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการกำหนดหน่วยงานรับคำลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ

บุคคลที่มีความสามารถกระทำการตามวรรคหนึ่ง จะต้องมิใช่บุคคลที่ไร้ความสามารถ ไร้สติ หรืออายุต่ำกว่าสิบห้าปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

กรณีผู้ยื่นคำขอตามวรรคหนึ่งเป็นผู้ไร้ความสามารถ ผู้เสมือนไร้ความสามารถหรือผู้หย่อนความสามารถ ให้ผู้อนุบาล ผู้พิทักษ์ หรือผู้ดูแลของบุคคลดังกล่าว แล้วแต่กรณี กระทำการแทนได้

/ข้อ ๖ การเลือก...

ข้อ ๖ การเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ ให้บุคคลตามข้อ ๕ เลือกหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอที่ตนมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือหน่วยบริการในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอพื้นที่รอยต่อ ทั้งนี้ โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของตนเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใด มีถิ่นที่อยู่หรือที่พักอาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน บุคคลดังกล่าวอาจลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอที่ตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่นั้น ก็ได้

ข้อ ๗ การขอลงทะเบียน การเลือกหน่วยบริการประจำ หรือการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ให้บุคคลนั้น ๆ แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน ที่แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ในกรณีที่บุคคลใดมีถิ่นที่อยู่หรือที่พักอาศัยไม่ตรงกับบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ตามวรรคหนึ่ง ให้แสดงหลักฐานอย่างหนึ่งอย่างใด ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ดังนี้

- (๑) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน
- (๒) หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน
- (๓) หนังสือรับรองของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง
- (๔) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก เป็นต้น ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

ข้อ ๘ บุคคลที่ได้เลือกหน่วยบริการประจำแล้ว หากประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ให้ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ ทั้งนี้ จะขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำได้ไม่เกิน ๔ ครั้งในแต่ละปีงบประมาณ

การเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ระหว่างการรับบริการในหน่วยบริการ ให้มีผลหลังจากสิ้นสุดการรับบริการในหน่วยบริการครั้งนั้นแล้ว

ข้อ ๙ กรณีที่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และมาเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใด ให้หน่วยบริการนั้นจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ ทั้งนี้ ให้นำความในข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ มาบังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๑๐ สำนักงานอาจลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนบุคคลได้ ในกรณีต่อไปนี้

- (๑) กรณีเด็กแรกเกิด
- (๒) กรณีบุคคลสิ้นสุดจากสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๙ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
- (๓) กรณีบุคคลสิ้นสุดจากสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม
- (๔) กรณีหน่วยบริการประจำที่บุคคลได้ลงทะเบียนไว้แล้ว ถอนตัวหรือพ้นจากการเป็นหน่วยบริการประจำ

(๕) กรณีหน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ แล้วไม่จัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือกรณีบุคคลเข้ารับบริการครั้งแรกตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวแล้ว แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ให้สำนักงานลงทะเบียนแทนเป็นการชั่วคราวก่อน โดยเลือกหน่วยบริการประจำที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหรืออำเภอตามทะเบียนบ้านของบุคคลดังกล่าวหรือหน่วยบริการที่มีการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

(๖) กรณีทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการ

(๗) กรณีผู้พำนักในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษ

(๘) กรณีนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

(๙) กรณีบุคคลซึ่งยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ไปใช้สิทธิรับบริการที่สถานบริการอื่นตามมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิรับบริการ กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้สำนักงานกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งเป็นบุคคลซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำไว้แล้ว นับแต่วันที่เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทนบุคคลตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานแจ้งหรือประชาสัมพันธ์ให้บุคคลที่ได้รับการลงทะเบียนแทนทราบด้วย บุคคลที่สำนักงานลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแทน สามารถยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำใหม่ได้ โดยไม่ถือเป็นการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการตามข้อ ๘

ข้อ ๑๑ การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ก่อนวันที่ข้อบังคับนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๒



(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



แบบคำร้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลรายละเอียดผู้ลงทะเบียน

(กรณี ผู้ลงทะเบียนแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อลงทะเบียนด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบ Smart Card (ผ่านระบบ E-Form-Register เพื่อลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการประจำ **ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1.2,3,4,5,6**)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุด/หน่วยรับคำร้อง

หน่วยรับลงทะเบียน จังหวัด

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ - สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.อื่นๆ)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อาชีพ

1.2 ที่อยู่พักอาศัยจริงในปัจจุบัน

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ

อีเมล

2. เหตุผลการลงทะเบียนในครั้งนี้

- ☐ ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติรายใหม่
☐ มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ
☐ ลงทะเบียนเปลี่ยนสิทธิย่อย / ลงทะเบียนต่ออายุสิทธิย่อย
☐ อื่นๆ ระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม/หน่วยงานรัฐอื่นๆ) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักอาศัยอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

เลขที่เครือข่าย (สำหรับเลือกเครือข่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่ลงทะเบียน :

หน่วยบริการปฐมภูมิ :

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ :

หน่วยบริการประจำ :

4. ข้าพเจ้ารับทราบหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

พิมพ์ลายนิ้วมือ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ปกครอง)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงพร้อมกับแบบคำร้องลงทะเบียน

2.1 กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

☐ แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

☐ แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

(***กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

2.2 กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่อยู่นับบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้ (1) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน (2) หนังสือรับรองผู้นำ ชุมชน (3) หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (4) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภคใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ

(*** หน่วยงานรับคำลงทะเบียน สำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง ☐ ผู้ลงทะเบียน
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ)

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.,อื่นๆ)

พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานศึกษา / สถานที่ทำงาน เลขที่

หมู่ที่ ต.รอก ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

พิมพ์ลายนิ้วมือ

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง
 ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย

ส่วนที่ 4 หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือให้ส่งข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ อาทิ เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ การรักษา และการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องฯ ผ่านช่องทาง การรับข่าวสารของข้าพเจ้า เช่น โทรศัพท์มือถือ ที่อยู่ อีเมล ตามที่ระบุในแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อเป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

พิมพ์ลายนิ้วมือ

ส่วนที่ 5 หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย,นาง , น.ส. , อื่นๆ.....
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....
 ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง , น.ส. , อื่นๆ.....
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก.....
 ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

(✕.....ตัด) ส่วนที่ 6 นี้ให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน



ใบรับรองการลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ส่วนนี้ ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน เพื่อยืนยันการลงทะเบียน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง

วัน/เดือน/ปี ที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

วันเริ่มใช้สิทธิ :

จังหวัดที่ลงทะเบียน :

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้น :

สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ :

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง) :

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน :

*** มีข้อสงสัยสอบถามโทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง ***

*** ให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเบื้องต้นทุกครั้ง ***

หลักฐานที่ใช้ประกอบการลงทะเบียน

1. กรณี ลงทะเบียนตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐาน

- (1.) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่
 - (2.) ให้แสดงสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- (***กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

2. กรณี ลงทะเบียนไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน

ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้

- (1) หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน
 - (2) หนังสือรับรองผู้นำชุมชน
 - (3) หนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง
 - (4) เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภคใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ
 - (5) นักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน หรือบัตรประจำตัวนักศึกษา ที่ได้ลงนามรับรองสำเนาเรียบร้อยแล้ว
 - (6) แผนที่พักอาศัย กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน
- (*** หน่วยงานรับค่าลงทะเบียน สำเนาเอกสารเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

3. กรณีไม่ใช่หนังสือมอบอำนาจตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 5 หนังสือมอบอำนาจ) นี้ เนื้อหาในหนังสือมอบอำนาจพร้อมหลักฐานต้องครบถ้วน

4. ในกรณีหน่วยรับลงทะเบียน ต้องการสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ให้หน่วยรับลงทะเบียนทำสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเอง

*** ห้ามมิให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการทำสำเนาดังกล่าวจากประชาชนผู้มีสิทธิโดยเด็ดขาด ***

5. การวาดภาพแผนที่พักอาศัย กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะกรณี ไม่มีผู้รับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน ใน ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียน เท่านั้น)

วาดภาพแผนที่พักอาศัย กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามที่อยู่หน้าบัตรประจำตัวประชาชน (เฉพาะกรณี ไม่มีผู้รับรองการพักอาศัยอยู่จริงตามพื้นที่ที่ขอลงทะเบียนใน ส่วนที่ 3 เท่านั้น)

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย เขต/อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ชื่อ – สกุล บุคคลอ้างอิงที่รับรองการพักอาศัย โทรศัพท์