

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ
โรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๑.๓ สិทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม
 ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ เข็มที่ ๒

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับแบบยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา *** ต้องมี
- เวชระเบียน (ประวัติการรักษาหลังฉีดวัคซีน) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ *** ต้องมี
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารพร้อมรับรองสำเนา *** ต้องมี
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาที่ให้หยุดพักงาน
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน ธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)
เลขที่บัญชี.....ของ(ระบุชื่อ).....
ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ เกื้อกูล หรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดที่เข้ารับการรักษาฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่

เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมแบบยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ****ต้องมี**
- เวชระเบียน (ประวัติการรักษาหลังฉีดวัคซีน) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ****ต้องมี**
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารพร้อมรับรองสำเนา ****ต้องมี**
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้บริการ ****กรณีเสียชีวิต**
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาที่ให้หยุดพักงาน (ใบรับรองแพทย์) ****ต้องมี**
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ****ต้องมี**
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข ****ถ้ามี**

สำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมแบบยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ****ต้องมี**
- เวชระเบียน (ประวัติการรักษาหลังฉีดวัคซีน) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ****ต้องมี**
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารพร้อมรับรองสำเนา ****ต้องมี**
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้บริการ ****กรณีเสียชีวิต**
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาที่ให้หยุดพักงาน (ใบรับรองแพทย์) ****ต้องมี**
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ****ต้องมี**
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข ****ถ้ามี**

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคารโดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร).....

เลขที่บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ).....

ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้องมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว ****ต้องมี**

สำหรับผู้ยื่นคำร้องฯ