



แบบการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

สำนักงานประกันสังคมที่รับแบบ.....
วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้ประกันตน

- ๑.๑ ชื่อ - สกุล.....
๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่ขึ้นทะเบียนประกันสังคม.....
๑.๓ สถานะผู้ประกันตนตามมาตรา.....
๑.๔ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์.....
๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

- ๒.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....
๒.๒ สถานที่ฉีดวัคซีน..... จังหวัด.....
๒.๓ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑..... เข็มที่ ๒.....
๒.๔ วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....
๒.๕ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนได้แก่.....

(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการโดยย่อ)

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

- ๓.๑ ชื่อ - สกุล.....
๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....
๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ประกันตน.....
๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้ประกันตน)

- ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง
 ๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยของสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ
(.....)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....
ซึ่งเป็น ผู้ประกันตน สามเณรหรือภริยา บิดา มารดา บุตร ที่ได้รับความเสียหายจาก
การรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิดโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019
(COVID-19)).....(ระบุชื่อสถานพยาบาล).....
ขอมอบอำนาจให้..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....
เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับ
ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมแบบยื่นคำร้อง

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

สำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมแบบยื่นคำร้อง

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

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคารโดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร).....

เลขที่บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ).....

ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้องมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว ****ต้องมี**

สำหรับผู้ยื่นคำร้องฯ