

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เลขที่คำร้อง



สปสช.ลงรับวันที่..... บบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

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

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม ข้าราชการ
 อื่นๆ

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

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก) ผู้รับบริการยื่นคำร้องเอง

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ ชนิดวัคซีนที่ฉีด ซิโนแวค (Sinovac) จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (Johnson & Johnson)
 แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) ไฟเซอร์ (Pfizer) โมเดอร์นา (Moderna)
 ซิโนฟาร์ม (Sinopharm) สปุตนิก วี (Sputnik V) อื่นๆระบุ.....

๓.๓ วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน เข็มที่ ๑เลขล็อต

เข็มที่ ๒เลขล็อต

๓.๔ วันที่มีอาการแพ้วัคซีน

๓.๕ อาการสำคัญที่พบความเสียหาย

๓.๖ วันที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล

๓.๗ ประเภทการรักษา ผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งให้พักงาน วัน
 ผู้ป่วยใน นอนโรงพยาบาล วัน แพทย์สั่งให้พักงาน

๓.๘ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ ตรวจเลือด ตรวจ EKG ตรวจ MRI
 ตรวจ X-Ray ตรวจ CT-Scan อื่นๆระบุ

๓.๙ อาการ ณ วันยื่นเรื่อง ปกติ พักรักษาตัวที่บ้าน นอนรักษาที่โรงพยาบาล
 เสียชีวิต อื่นๆระบุ

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาและการหยุดพักงาน
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)
- เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน ธนาคาร
โดยได้แนบ หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ).....

ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

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