

แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลผู้ประกันตน

นาย นาง นางสาว ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน..... สัญชาติ วัน/เดือน/ปีเกิด

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่

พนักงานราชการ ลูกจ้างโครงการ ตำแหน่ง

สำนัก/ศูนย์/กลุ่ม เริ่มงานวันที่

เคยเป็นผู้ประกันตน ชำระเงินสมทบเดือนสุดท้ายเมื่อ..... ไม่เคยเป็นผู้ประกันตน

ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม ตามลำดับดังนี้

ลำดับที่ 1.....

ลำดับที่ 2.....

ลำดับที่ 3.....

ลำดับที่ 4.....

ลำดับที่ 5.....

ลำดับที่ 6.....

ผู้ประกันตน..... (ตัวบรรจง)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่สถานพยาบาล 3 ลำดับแรกที่ท่านเลือกไว้เต็มศักยภาพ ไม่สามารถรับผู้ประกันตนเพิ่ม
เจ้าหน้าที่จะระบุสถานพยาบาลที่ท่านเลือกในลำดับถัดไป