

คู่มือ ขั้นตอนการให้บริการ

ให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติ

การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง

คู่มือสำหรับประชาชน: ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอบึงนาราง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอบึงนาราง
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: งานบริการ
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง :พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ:
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอบึงนาราง
๙. ช่องทางการให้บริการ:
 - สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง เลขที่ ๑๒ หมู่ที่ ๕ ตำบลห้วยแก้ว อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ๖๖๑๓๐ โทรศัพท์ ๐๘๘-๒๗๘๓๗๖๖
 - ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
 - หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	ยื่นแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	๑๕ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๒	ตรวจสอบแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอเพิ่มเติม	๑๕ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๓	การพิจารณา	เสนอแบบคำขอข้อมูลข่าวสารให้ผู้มีอำนาจอนุมัติ	๓๐ นาที	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	
๔	รับข้อมูล	รับข้อมูลที่ต้องการตามรูปแบบที่ตกลงในแบบคำขอ	๗ วัน	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	

ช่องทางการร้องเรียน

ไปรษณีย์ เลขที่ ๑๒ หมู่ที่ ๕ ตำบลห้วยแก้ว อำเภอ빙นาราง จังหวัดพิจิตร ๖๖๑๓๐

- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ빙นาราง
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ빙นาราง

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๘-๒๗๘๓๗๖๖

- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ빙นาราง

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน / สถานศึกษา.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐

โดย.....ขอตรวจดู.....ขอคัดสำเนา.....ขอเอกสาร

.....ขอคัดสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้อง.....อื่นๆ

ในเรื่องต่อไปนี้ ๑.....

๒.....

๓.....

เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ความเห็นผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสาร	คำสั่ง ผู้อนุญาต
เรียน สาธารณสุขอำเภอบึงนาราง	 อนุญาต
ข้อมูลข่าวสารตามคำร้องเป็นข้อมูลประเภท	 ไม่อนุญาต
.....เปิดเผยได้ เปิดเผยไม่ได้	
.....อนุญาต เพราะ.....	
.....	
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ	
(ลงชื่อ).....	(ลงชื่อ).....
(.....)	(นายประเสริฐ อินอ้าย)
...../...../.....	ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอบึงนาราง

หมายเหตุ หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะทำงานบริหารจัดการเว็บไซต์ของหน่วยงาน ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันนี้ที่ทราบคำสั่งนี้

คู่มือสำหรับประชาชน: ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

๑. ชื่อกระบวนการ: ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เชื่อมโยงหลายหน่วย
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: งานขึ้นทะเบียน
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง :พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
๖. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน:ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

๙. ช่องทางการให้บริการ:

- สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง เลขที่ ๑๒ หมู่ที่ ๕ ตำบลห้วยแก้ว อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ๖๖๑๓๐ โทรศัพท์ ๐๘๘-๒๗๘๓๗๖๖
- ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ยื่นแบบคำขอร้องฯและสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก	๑๕ นาที	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอภูเพียง	
๒	ตรวจสอบแบบคำร้องฯ	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำร้อง และตรวจสอบฐานข้อมูลสิทธิในระบบสำนักทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย	๒๐ นาที	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอภูเพียง	
๓	ลงทะเบียนสิทธิ	บันทึกข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ ออนไลน์ ๒ รอบ ก่อนวันที่ ๑๐ และ ๒๒ ของทุกเดือน	๑๒ วัน	งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอภูเพียง	
๔	อนุมัติสิทธิ	หน่วยงานกลาง อนุมัติสิทธิ ๒ รอบ วันที่ ๑๕ และ ๒๘ ของทุกเดือน	๑๕ วัน	สปสข.	

๑๑. ช่องทางการร้องเรียน

- กลุ่มรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง
- ไปรษณีย์เลขที่ ๑๒ หมู่ที่ ๕ ตำบลห้วยแก้วอำเภอบึงนารางจังหวัดพิจิตรรหัสไปรษณีย์ ๖๖๑๓๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง www.bnrpho.go.th
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนารางหมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๘-๒๗๘๓๗๖๖
- Facebook สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง

ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง.....

หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

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

เลขประจำตัวประชาชน

วันเดือนปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประจำตัวสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปได้

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ชื่อ.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการลงทะเบียน

- ☐ ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐ หายตัวจากสิทธิ.....

- ☐ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ
☐ อื่นๆ ระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าจะละเว้นการร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้าได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกหรือย้ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) ที่อยู่จริง.....

ลงชื่อ.....จนท.ผู้ตรวจเอกสาร

(.....)

3. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ☐ มารับด้วยตนเอง
☐ ส่งทางไปรษณีย์ (แบบซองจดหมายพร้อมจำหน่ายและคิดแถมปี)

FM - 17 - 003

แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ 2

หลักฐานที่ติดยื่นกับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มี

เลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

☐ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ลงทะเบียนชื่ออยู่

☐ กรณีผู้ลงทะเบียนยื่นพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือรับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนเพื่อยืนยันสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรอง หรือใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน

☐ กรณีมอบอำนาจ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ชื่อ.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ชื่อ.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับคิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ

ไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง

ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ นายจ้าง

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ).....

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

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ชื่อ.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้คัดให้ผู้ลงทะเบียนกลับไปเป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....

วัน/เดือน/ปีที่ของลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตร.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน(ตัวบรรจง).....

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

ฉบับที่ 02

วันที่ 15 มกราคม 2553