

ที่.....



ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสื่อธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสื่อธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักบริหารงานทะเบียน ได้จัดให้มีระบบพิสูจน์ตัวตน (Authentication) เพื่อเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสื่อธิประกันสุขภาพผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. และระบบตรวจสอบสื่อธิประกันสุขภาพผ่าน Web Service ของ สปสช. เพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั้น

ชื่อหน่วยงาน..... รหัสหน่วยงาน ขอแจ้งรายชื่อผู้ขอสื่อธิเข้าใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสื่อธิประกันสุขภาพของ สปสช. โดยการ Authentication ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) (ให้ผู้ขอสื่อธิเข้าใช้งานเลือก 1 ระดับสื่อธิการเข้าใช้งานเพียง 1 ระดับสื่อธิการใช้งานเท่านั้น เพื่อเข้าใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสื่อธิประกันสุขภาพของ สปสช. ตามเอกสารแนบ) ดังนี้

1. ชื่อ-สกุล ผู้ขอสื่อธิเข้าใช้งาน :
ระดับสื่อธิการเข้าใช้งาน :
เลขประจำตัว 13 หลัก :
โทรศัพท์ ที่ทำงาน :
โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
อีเมล (ให้ระบุส่วนตัว) :

2. ชื่อ-สกุล ผู้ขอสื่อธิเข้าใช้งาน :
ระดับสื่อธิการเข้าใช้งาน :
เลขประจำตัว 13 หลัก :
โทรศัพท์ ที่ทำงาน :
โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
อีเมล (ให้ระบุส่วนตัว) :

3. ชื่อ-สกุล ผู้ขอสื่อธิเข้าใช้งาน :
ระดับสื่อธิการเข้าใช้งาน :
เลขประจำตัว 13 หลัก :
โทรศัพท์ ที่ทำงาน :
โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
อีเมล (ให้ระบุส่วนตัว) :

ชื่อหน่วยงาน.....ขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นเป็นผู้ที่รับผิดชอบและ
ปฏิบัติงานตรวจสอบข้อมูลผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(ชื่อตัวบรรจงของผู้บังคับบัญชา)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

ชื่อหน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

(เอกสารแนบ)

ให้เลือกรายการระดับสิทธิการใช้งานผ่านระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพของ สปสช.
โดยการ Authentication ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Smart Card)

| ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ | ระดับสิทธิการใช้งาน |
|--|---|
| <p>1. ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่านเว็บไซต์ของ สปสช.</p> <p>2. ระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่าน Web Service ของ สปสช.</p> <p>เลือกได้ 1 ระดับสิทธิการใช้งานเท่านั้น</p> | <p>1.กรณี หน่วยทะเบียน ที่ให้บริการรักษา</p> <p>1.1 หน่วยทะเบียนที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ได้แก่ รพช. /รพร. /รพท. /รพศ. เป็นต้น</p> <p>1.1.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ</p> <p>1.1.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียนหน่วยบริการ</p> <p>1.1.3 นายทะเบียนหน่วยบริการ</p> <p>1.2 หน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต./รพ./คลินิกชุมชนอบอุ่น/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>1.2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิระดับรพ.สต./คลินิกชุมชนอบอุ่น</p> <p>1.2.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียนระดับรพ.สต./คลินิกชุมชนอบอุ่น</p> <p>1.2.3 นายทะเบียนหน่วยบริการระดับรพ.สต./คลินิกชุมชนอบอุ่น</p> <p>1.3 หน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการร่วมให้บริการ</p> <p>1.3.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ</p> <p>2.กรณี หน่วยบริหารด้านสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)</p> <p>2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิหน่วยงานทั่วไป</p> <p>2.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียนหน่วยงานทั่วไป</p> <p>2.3 นายทะเบียนหน่วยงานทั่วไป</p> <p>3.กรณี หน่วยบริหารด้านสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)</p> <p>3.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิจังหวัด</p> <p>3.2 เจ้าหน้าที่ทะเบียนจังหวัด</p> <p>3.3 นายทะเบียนจังหวัด</p> |