

ที่ ...................... ชื่อหน่วยงาน.............................................

 ที่อยู่...........................................................

 วันที่……….......................

เรื่อง ขอสิทธิเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดยการ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายชื่อเจ้าหน้าที่เพื่อกำหนดสิทธิการเข้าใช้งานระบบทะเบียน จำนวน .............ฉบับ

 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน .............ฉบับ

 ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีการเข้าใช้งานระบบตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพผ่าน Web Service ของ สปสช. เพื่อสนับสนุนการทางานของหน่วยบริการและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั้น

ในการนี้ ....ชื่อหน่วยงาน.......ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบการเข้าถึงระบบทะเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรายชื่อพร้อมหลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และ 2 และขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

 .................................................

 (ชื่อตัวบรรจงของผู้บังคับบัญชา)

 ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

ชื่อหน่วยงาน .........................

หมายเลขโทรศัพท์.....................

หมายเลขโทรสาร......................

 สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

**รายชื่อเจ้าหน้าที่เพื่อกำหนดสิทธิการเข้าใช้งานระบบเบียน**

1. **เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | เลขบัตรประจำตัวประชาชน | รหัสหน่วยงาน | ชื่อหน่วยงาน | เบอร์โทรศัพท์ |  อีเมล์ (ส่วนตัว) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **เจ้าหน้าที่ทะเบียน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | เลขบัตรประจำตัวประชาชน | รหัสหน่วยงาน | ชื่อหน่วยงาน | เบอร์โทรศัพท์ | อีเมล์ (ส่วนตัว) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |