ตราครุฑ/ตรา
ประจำหน่วยงาน

ที่ XXXXX/XX

รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก ค้นหา
ชื่อหน่วยงาน XXXXXXXXXXXX
ที่อยู่ XXXXXXXXXXXXXXXXX

วันที่ 17 มีนาคม 2566

เรื่อง ขอสิทธิเข้าใช้งานระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายชื่อเจ้าหน้าขอดำเนินการเรื่องสิทธิในระบบฯ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ได้จัดการประชุมชี้แจงการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ รพ.สต./ สอน. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น (จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด) เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2566 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

เพื่อให้ [ระบุชื่อหน่วยงาน] สามารถเข้าใช้ระบบงาน สปสช. และดำเนินการต่อไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอแจ้งรายชื่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอเข้าใช้งานระบบ โดยมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยและขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อเป็นเจ้าหน้าที่ของ [ระบุชื่อหน่วยงาน] ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากหน่วยงานจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายชื่อนามสกุล ผู้บริหารหน่วยงาน)
ตำแหน่ง XXXXXXXXXXXXXXXXX

ชื่อกลุ่มงาน
โทร 0 4999 9999 ต่อ 99
โทรสาร 0 4999 9998
ผู้ประสานงาน ระบุชื่อผู้ประสานงาน โทร 09 9999 9999 e-mail example@gmail.com

เอกสารแนบ 1

รายชื่อเจ้าหน้าที่ขอดำเนินการสิทธิเข้าใช้ระบบงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การประชุมชี้แจงการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ รพ.สต./ สอน. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ในเขตพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น
จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 16 มีนาคม 2566 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อหน่วยบริการ ระบุชื่อหน่วยบริการ รหัสหน่วยบริการ 99999 **จังหวัด** กาฬสินธุ์

ลำดับ	ประเภท	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ -สกุล	ตำแหน่ง	หน้าที่	ระดับสิทธิ	Admin KTB	เบอร์ที่ทำงาน	เบอร์มือถือ	อีเมล์ *	หมายเหตุ
1	ขอใหม่	9999999999999	น.ส.ไม่ป่วย ดีที่สุดละ	พยาบาล	ตรวจสอบสิทธิ	33	ไม่ใช่	043999999	043999999	def@gmail.com	
2											
3											
4											
5											

หมายเหตุ : 1. ในแต่ละลำดับรายการ ต้องเป็นข้อมูลเฉพาะบุคคลนั้นเท่านั้น

2. ขอให้แนบ ***"ไฟล์ Excel หน้านี้"*** รวมกับไฟล์เอกสารที่ผ่านการลงนามแล้วทั้งหมดส่งกลับ สปสช. ***ด้วยเสมอ***

3. ระบบจัดการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม , ระบบตรวจสอบและยืนยันการเข้ารับบริการ (New Authentication) , Moph Claim , E-Claim (online) , Drug Catalog , KTB Health Wallet , OP/PP Individual Record

ผู้จัดทำข้อมูล

(ชื่อผู้ทำข้อมูล)
ตำแหน่ง XXXXXXXXXXXXXX
วันที่ XXXXXXXXXXXX

(ชื่อหัวหน้าหน่วยงาน)
ตำแหน่ง XXXXXXXXXXXXXX
ชื่อหน่วยงาน
วันที่ XXXXXXXXXXXX

ใช้สำหรับสมัครเข้าใช้งานโปรแกรม xxxxx กับ สนช. เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

ชื่อ นามสกุล

บัตรประจำตัว ข้าราชการ