

**แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น**  
**กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**  
**หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))**

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....

วันที่รับคำร้อง .....

**๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ**

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล  หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม

ข้าราชการ  อื่นๆ .....

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ .....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

**๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)**

๒.๑ ชื่อ - สกุล .....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

**๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19**

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน .....จังหวัด .....

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ ..... เข็มที่ ๒ .....

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน .....

.....

.....

**๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง**

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต

สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน

เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร) .....  
เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง  
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

### คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ  
เกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่  
จังหวัดที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1  
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง  
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่