

กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) เขต 11 สุราษฎร์ธานี

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ประกันสังคม ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ(ระบุ).....

๑.๔ อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้.....บาท/เดือน

ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก (สปสข.ส่งเอกสารผลการพิจารณาให้ทราบ).....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก (สปสข.ส่งเอกสารผลการพิจารณาให้ทราบ).....

.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (วัคซีนที่รัฐจัดให้เท่านั้น)

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ การเข้ารับวัคซีน

เข็มที่ ๑ วันที่.....ชื่อวัคซีน Sinovac AstraZeneca อื่นๆ(ระบุ).....

Lot No.(เลขล็อตของวัคซีน) (ระบุ).....

เข็มที่ ๒ วันที่.....ชื่อวัคซีน Sinovac AstraZeneca อื่นๆ(ระบุ).....

Lot No.(เลขล็อตของวัคซีน) (ระบุ).....

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีน(บอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นให้ละเอียดชัดเจน)

.....

.....

.....

๓.๕ โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ๑..... ๒.....
๓.....หรืออื่น ๆ.....
๓.๕ นอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด.....วัน แพทย์ให้หยุดพักงาน.....วัน
๓.๖ ระยะเวลาในการรักษาหาย.....เดือน.....วัน
๓.๗ อาการปัจจุบัน ณ วันยื่นคำร้อง.....
.....
.....
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง(เพื่อผลประโยชน์ของผู้เสียหายเอกสารประกอบการยื่นคำร้องต้องครบ)

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (AEFI2)
- สำเนาเวชระเบียนและผลตรวจทางการแพทย์ทุกฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมถึงกรณีให้หยุดพักงาน
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
- ภาพถ่ายสีผลกระทบที่เห็นความเสียหายชัดเจน เช่น ผิวหนัง ร่างกายเปลี่ยนแปลงผิดปกติฯ
- เอกสารอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาของอนุกรรมการ (ระบุ).....
.....

๕. รายละเอียดการโอนเงิน

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดย
ได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

เลขที่ บัญชี..... ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง

แนบมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำในการยื่นคำร้อง

๑. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
๒. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เข้ารับการฉีดวัคซีน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
๓. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง : ภายในระยะเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย (ผู้เสียหายควรยื่นคำร้องเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาของแพทย์ หรืออาการคงที่แล้วโดยแพทย์ที่ทำการรักษา ยืนยัน)
๔. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
๕. เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง : ครบถ้วนถูกต้องตามทะเบียนตรวจสอบเอกสาร Check list (หากตรวจสอบพบว่าเอกสารประกอบการยื่นคำร้องไม่ครบถ้วนถูกต้อง สปสช.จะไม่พิจารณา คำร้องให้)
๖. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี
เลขที่ ๙๑/๑ หมู่ ๑ อาคารพีซีทาวเวอร์ ชั้น ๑๐ ถ.กาญจนวนิธิ ต.บางกุ้ง
อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๗๔-๒๗๔๘๑๑ เวลาราชการ โทรสาร ๐๗๗-๒๗๔๘๑๘
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. ๑๓๓๐ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

หมายเหตุ: กรณีผู้รับบริการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ หากมีผู้มีสิทธิรับเงินในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมากกว่า ๑ คน (ไม่สามารถตกลงกับผู้ยื่นคำร้องได้) ให้ระบุข้อมูลชื่อ-สกุล ของผู้มีสิทธิรับเงินพร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและสำเนาบัตรประชาชนมาด้วยในการยื่นคำร้อง