



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร. 035-211888 # 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

FM NRD 1 -01

คำขอตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ

HN.....

สำหรับแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว/ผู้ติดตาม

วันที่.....

1. ข้อมูลประวัติแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว

Passport/CI เลขที่.....

NAME/SURNAME.....

ใบ ทร.38/1 เลขประจำตัวบุคคล.....

ชื่อ - สกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.)..... เพศ ชาย หญิง

สัญชาติ/ประเทศ เมียนมา ลาว กัมพูชา เวียดนาม/.....

สถานภาพ โสด สมรส หย่า

2. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

บุคคลธรรมดา (ชื่อ-สกุล).....

นิติบุคคล ชื่อ บจก/หจก.....

ที่ตั้ง/ที่อยู่นายจ้าง บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โทร./มือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่น/นายจ้าง

3. ประเภทการขอลงทะเบียน : แรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว/ผู้ติดตาม

หน่วยทะเบียน/ตรวจสุขภาพ ตามสิทธิประโยชน์กระทรวงสาธารณสุข : โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ตรวจร่างกาย 500 บาท

ค่าประกัน 3 เดือน 500 บาท

ค่าประกัน 1 ปี 1,600 บาท

OSS ค่าประกัน 2 ปี 3,200 บาท

คนต่างด้าว 1 ปี 2,200 บาท

เด็กต่างด้าว (อายุ < 7 ปี) 1 ปี 365 บาท

OSS เด็กต่างด้าว (อายุ < 7 ปี) 2 ปี 730 บาท

รวมเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....นายทะเบียน/ตัวแทน