

รายการที่ต้องเตรียม/ดำเนินการ (สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่ไม่มีต้นสังกัด : อีสระ) ดังนี้

๑. รูปถ่ายสี (หน้าตรง) ขนาด ๑ นิ้ว เครื่องแบบราชการ หรือ ชุดสุภาพ (ไม่สวมชุดครุย)
๒. เอกสารสำคัญที่ต้องเตรียมพร้อมทั้งเซ็นสำเนาถูกต้องทุกแผ่น ดังนี้
 - ๒.๑ สำเนาบัตรประชาชน (smart card)
 - ๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน
 - ๒.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา หรือหนังสือรับรองผลการศึกษา
 - ๒.๔ สำเนาใบประกาศปริญญาบัตรจากสถาบัน
 - ๒.๕ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
 - ๒.๖ สำเนาทะเบียนรถยนต์ (กรณีขอบัตรผ่านเข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ)
 - ๒.๗ สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น
 - ๒.๘ สำเนาทะเบียนบ้านบิดา - มารดา (ถ้าเสียชีวิตให้สำเนาใบมรณะบัตรมาด้วย)
 - ๒.๙ ผู้ค้ำประกัน
 - ข้าราชการพลเรือนระดับ C๓ ขึ้นไป
 - ข้าราชการกลาโหม (ทหาร/ตำรวจ) ยศ ร.ต.ขึ้นไป
 - กรณี บิดา - มารดา ที่เป็นข้าราชการ สามารถค้ำประกันได้
 - (ห้ามมิให้พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานเอกชน/ข้าราชการบำนาญ/บำนาญ เป็นผู้ค้ำประกัน)
 - เอกสารผู้ค้ำประกัน สำเนาบัตรข้าราชการ, ทะเบียนบ้าน (ถ้าผู้ค้ำประกันมีคู่สมรส ให้เซ็นยินยอม

โนใบสัญญาผู้ค้ำประกัน และแนบสำเนาบัตรประชาชน, ทะเบียนสมรส, ทะเบียนบ้านของผู้สมรสด้วยพร้อมเซ็นต้นสำเนาถูกต้อง

๓. กรุณการออกข้อมูลรายละเอียดในแบบฟอร์มตาม file ที่แนบ ดังนี้
 - ๓.๑ บันทึกประวัติย่อ (ทอ.ขว.๐๔๕)
 - ๓.๒ ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๖
 - ๓.๓ แบบรายงานขอบัตรยานพาหนะหมายเลข ๓ (เฉพาะผู้มีรถยนต์และต้องการทำบัตรผ่านช่องทางเข้า-ออก ในช่องทางกองทัพอากาศ ดำเนินการให้คนละ ๑ คัน เท่านั้น)
 - ๓.๔ ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์
 - ๓.๕ แบบฟอร์มเอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช (OPD card)
 - ๓.๖ แบบใบสมัคร
 - ๓.๗ สัญญาจ้างลูกจ้าง (๔ ชุด) **ติดอากรแสตมป์**
 - ๓.๘ สัญญาผู้ค้ำประกัน (๔ ชุด) **ติดอากรแสตมป์** ใบสัญญาผู้ค้ำประกัน มุมบนขวามี ๕ บาท ๒ ดวง ทั้ง ๔ ชุด
 - ๓.๙ แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

๔. เปิดบัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเท่านั้น โดยขอให้ดำเนินการก่อนวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๔

๕. สำหรับผู้ที่แจ้งความจำนงค์ต้องการที่พักอาศัยในหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. สามารถจองได้ในวันที่ ๗ มิ.ย.๖๖ พร้อมชำระเงิน ซึ่งจะเริ่มเข้าพักอาศัยได้เดือนสิงหาคมเป็นต้นไป หากมีการเปลี่ยนแปลงจะแจ้งให้ทราบ โดยให้แพทย์ประจำบ้านศึกษารายละเอียดในเอกสารชี้แจงหอพักแพทย์

หมายเหตุ

* หากมีข้อสงสัย/สอบถาม ติดต่อประสานโดยตรงที่

นาวาอากาศโทหญิง ปิยะฉัตร วิเศษศิริ โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๕ (เฉพาะในเวลาราชการ)

คุณเพ็ญฉวีสุรางค์ มีชูสาร โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๓ Line Id : 28092551

.....
(ชั้นความลับ)
บันทึกประวัติย่อ

๑. ชื่อและนามสกุล.....
ชื่อเดิมและนามสกุลเดิม.....
ชื่อเล่น, ชื่ออื่น ๆ (ถ้ามี).....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๓. เกิดที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบันเป็น บ้านส่วนตัว / บ้านเช่า.....
ชื่อเจ้าของบ้าน.....
อาชีพเจ้าของบ้าน.....
สถานที่ทำงานเจ้าของบ้าน.....

เชื้อชาติ	ติดรูปถ่าย
.....	
สัญชาติ	
.....	
ศาสนา	
.....	
น้ำหนัก.....กก.	
สูง.....ซม.	
ผิวเนื้อ.....	
รูปร่างหน้า.....	
ผมสี.....	
ตาสี.....	
ตำหนิแผลเป็นที่เห็นเด่นชัด	
.....	
บุคลิกลักษณะที่เห็นเด่นชัด	
.....	

๖. บัตรประจำตัวประชาชนหมายเลข.....ออก ณ อำเภอ.....
จังหวัด.....บัตรหมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๗. ระยะเวลา ๑๕ ปี ที่ผ่านมา พ.ศ.ใด ที่ท่านเคยอาศัย ณ ตำบล, อำเภอ, จังหวัดอะไรตามรายการข้างล่าง

ระยะเวลา		บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ	จังหวัด	ประเทศ
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๘. ประวัติการศึกษา (เคยเรียนหนังสือสำเร็จชั้นใด หรือหลักสูตรใดบ้าง แจ้งตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของโรงเรียน	ผลการศึกษา		
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.		ระดับ	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ

.....
(ชั้นความลับ)

๙. ประวัติอาชีพ (ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบอาชีพอะไรบ้าง แจ้งตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ทำงาน	ชื่อนายจ้าง	เหตุที่ออก
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๑๐. ชื่อบุคคลที่รู้จักใกล้ชิด (ไม่ใช่ญาติพี่น้อง) เช่น นายจ้าง, เพื่อนบ้าน, เพื่อนสนิท จำนวน ๕ คน

ชื่อ - นามสกุล	อาชีพ	บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ, จังหวัด	จำนวนปีที่รู้จัก

๑๑. ประวัติครอบครัว บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา พี่น้องร่วมสายโลหิตทั้งหมด

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	ที่อยู่อาศัย
บิดา				
มารดา				
ภรรยา, สามี				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				

๑๒. หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ลงลายมือชื่อของข้าพเจ้าไว้
เป็นสำคัญ วัน, เดือน, ปี ที่แจ้ง.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าของประวัติ

.....
เจ้าหน้าที่บันทึก

...../...../.....

.....
(ชั้นความลับ)

ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ชื่อ-สกุลชื่อเล่น.....

ชื่อภาษาอังกฤษ(ตัวบรรจง)

เกิดวันเดือนปี.....อายุ.....

เลขที่บัตรประชาชน.....เลขที่บัตรข้าราชการ.....

ที่อยู่ทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทร.บ้าน.....โทรมือถือ.....

E-mail.....Line id

ชื่อบิดา.....โทร.....

ชื่อมารดา.....โทร.....

อบรมสาขา.....

สำเร็จการศึกษาสถาบัน.....ปี.....เกรดเฉลี่ย.....

ใช้ทุนที่.....สังกัด.....ใบ ว.

เลขที่บัญชี ธ.ทหารไทย สาขา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

๑.ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น โทร.....

๒.ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น โทร.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอบัตรยานพาหนะ

เรียน ผบ.ตม.(ผ่าน ทก.กรปก.สน.ผบ.ตม.)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
สถานที่ติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ใบอนุญาตขับรถยนต์จักรยาน เลขที่.....ออกโดย.....บัตรหมดอายุ.....
มีความประสงค์ขอมีบัตรยานพาหนะผ่านเข้า-ออก ตามเส้นทางที่กำหนดไว้โดยมียานพาหนะดังนี้
รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถจักรยานยนต์ ยี่ห้อ.....สี.....หมายเลขทะเบียน.....
จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ผู้ขอ

เรียน ทก.กรปก สน.ผบ.ตม.

เรียน ผบ.ตม.

เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

น.ท.

น.อ.

พล.อ.ต.

ทน.ผทพท.กรปก.สน.ผบ.ตม.

ทก.กรปก.สน.ผบ.ตม.

ผบ.ตม.

สัญญาค้ำประกัน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ยศ,ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปีตำแหน่ง.....สังกัด.....
สถานที่ติดต่อ.....โทร.....
ยศ,ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปีตำแหน่ง.....สังกัด.....
สถานที่ติดต่อ.....โทร.....
ข้าพเจ้าทั้งสองขอรับรองว่าตามที่.....
ขอนำรถหมายเลขทะเบียน.....ผ่านเข้า-ออกเขต ทอ.ประจำปี.....และหากมีความเสียหายเกิดขึ้นกับ ทอ.อันเนื่องมาจากการฝ่าเข้า-ออกของยานพาหนะดังกล่าวไม่ว่ากรณีใดๆข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดหรือบางส่วนที่ยังค้างชำระให้กับทางราชการแทนภายในกำหนด ๓๐ วัน นับแต่ได้รับแจ้งให้ทราบ หากผิดสัญญา ข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมให้หน่วยต้นสังกัดหักเงินเดือนของข้าพเจ้าทั้งสองชดเชยให้แก่ทางราชการเป็นรายเดือนจนกว่าจะครบจำนวนที่ต้องชดเชย ข้าพเจ้าทั้งสองได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการมาแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน
ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน
ลงชื่อ.....พยาน
ลงชื่อ.....พยาน

คำยินยอม

- ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก,ระเบียบกองทัพอากาศว่าด้วยการจราจรทางบกและระเบียบกองทัพอากาศว่าด้วยการผ่านเข้า-ออกทุกประการ
- ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สท.ทอ.ที่เกี่ยวข้องหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ออกบัตรโดยเคร่งครัด
- หากข้าพเจ้าทำให้ทรัพย์สิน ของทางราชการ กองทัพอากาศเกิดความเสียหาย ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยค่าเสียหายให้กับกองทัพอากาศทันที
- ข้าพเจ้าจะใช้บัตรกับยานพาหนะที่มีหมายเลขทะเบียนยานพาหนะที่ระบุไว้ในบัตรและใช้ยานพาหนะผ่านช่องทาง ทอ.๑,๒,๖,๗,๑๐ และ ทอ.๑๑ เท่านั้น
- หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำยินยอมข้อหนึ่งข้อใด ข้าพเจ้ายินยอมให้ยึดบัตรยานพาหนะคืนและดำเนินการตามกฎหมายทันที และ ข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น

.....ผู้ให้ความยินยอม

หลักฐานประกอบการขอบัตร

- () สำเนาบัตรประจำตัว () สำเนาหนังสือสัญญาเช่าซื้อรถ
() สำเนาใบอนุญาตขับรถ () สำเนาทะเบียนบ้าน,ทะเบียนสมรส
() สำเนาทะเบียนรถยนต์ () สำเนาบัตรประจำตัวผู้ค้ำประกัน ๒ คน
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
ตำแหน่ง.....

เอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		สิทธิการรักษา <input type="radio"/> บัตรช่วยตรง <input type="radio"/> ประกันสุขภาพ <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> บริษัทคู่สัญญา <input type="radio"/> ต้นสังกัด <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> อื่นๆ
เลขที่ใบทางตัว / Passport		
คำนำหน้าชื่อ <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> อ.ช. <input type="radio"/> อ.ค.ญ. <input type="radio"/> อื่นๆ		
(ภาษาไทย) ชื่อ สกุล.....		
(ภาษาอังกฤษ)		
First name Middle name Last name		
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	วัน เดือน ปี เกิด / /	อายุ ปี
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา		
สถานภาพสมรส <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย อาชีพ สังกัด		
ชื่อ/สกุลบิดาผู้ป่วย ชื่อ/สกุลมารดาผู้ป่วย ชื่อ/สกุล <input type="radio"/> สามียุป่วย <input type="radio"/> ภรรยาผู้ป่วย		
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้		โทรศัพท์
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด		บ้าน มือถือ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน		
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด		
ผู้ที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ใดหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน		
ชื่อ/สกุล เกี่ยวข้องกับ ของผู้ป่วย		โทรศัพท์
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด		บ้าน มือถือ
ประวัติการแพ้ (เช่น ไข่ อาหาร สารเคมี เป็นต้น) <input type="radio"/> มี (ระบุ) <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	โรคประจำตัว	หมู่เลือด
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลทาง ทะเบียนใดๆ ทางกฎหมาย รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปและข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อการมีทะเบียนและการตรวจรักษา ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หากมีข้อมูลใดๆ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหาย แก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ		
ลงชื่อ <input type="radio"/> ผู้ป่วย <input type="radio"/> ผู้ดูแลผู้ป่วย <input type="radio"/> ผู้นำส่ง		
(.....) วันที่ / /		

แบบใบสมัคร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ขอทำใบสมัครยื่นต่อเจ้าหน้าที่.....ข้าพเจ้าเกิดปี.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี บิดาชื่อ..... มารดาชื่อ.....
ที่อยู่บ้านของบิดามารดา.....บัดนี้
ข้าพเจ้าได้วุฒิการศึกษา.....จากมหาวิทยาลัย.....
ได้ชั้น.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้าเคยทำงานที่.....ได้ออกแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
โดยเหตุ.....

บัดนี้ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นลูกจ้างใน.....
ข้าพเจ้า.....ต้อง.....
ในคดี.....ฐาน.....
ได้รับโทษ.....มาแล้ว

ลงนาม.....ผู้สมัคร

สัญญาจ้างลูกจ้าง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พุทธศักราช.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่าผู้รับจ้างฝ่ายหนึ่งกับ.....

ผู้แทน พ.อ. ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่าผู้จ้างฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญากัน มีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับจ้าง ยอมรับทำการงานที่ผู้จ้างสั่ง กำหนด หรือมอบหมายทุกอย่าง ทั้งยอมประพฤติ และปฏิบัติตามกฎ
ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และแบบธรรมเนียมของฝ่ายผู้จ้างทุกประการ

ข้อ ๒ ผู้รับจ้าง ยอมรับค่าจ้างตามอัตราที่ทางราชการกำหนด

ข้อ ๓ ถ้าผู้รับจ้างทำให้ผู้จ้างเสียหายด้วยเหตุใด ๆ อันเนื่องจากความรับผิดชอบของผู้รับจ้าง ผู้รับจ้างยอมชำระ
ราคาและค่าเสียหายแก่ผู้จ้างจนครบ

ข้อ ๔ ผู้รับจ้างจะลาออกจากราชการ ต้องรายงานให้ผู้จ้างทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน ทั้งต้องส่งของหลวงที่
รับไปคืน หรือชำระค่าสิ่งของที่เสียหายจนครบก่อน

ข้อ ๕ ผู้จ้างมีสิทธิจะเลิกสัญญาได้ในเมื่อทางราชการหมดความจำเป็นจะต้องจ้างโดยบอกล่วงหน้าให้ผู้รับจ้างทราบ
ไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายเข้าใจความในสัญญานี้ดีตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงลายมือชื่อ)..... ผู้จ้าง

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....ผู้รับจ้าง

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

สัญญาค้ำประกัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พุทธศักราช.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่าผู้ค้ำประกันฝ่ายหนึ่งกับ.....ผู้แทน พอ. ซึ่งต่อไปใน

สัญญานี้จะเรียกว่าผู้จ้างอีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญากัน มีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ค้ำประกันเข้าใจความในสัญญาจ้างลูกจ้าง ระหว่าง.....ผู้แทน พอ.

ผู้จ้าง กับ.....ผู้รับจ้าง โดยตลอดแล้ว

ข้อ ๒ ผู้ค้ำประกันสัญญาว่า ระหว่างที่ผู้รับจ้างเป็นลูกจ้างอยู่นี้ ถ้าได้กระทำให้ฝ่ายผู้จ้างเสียหายด้วยประการใด ๆ แล้ว เมื่อผู้รับจ้างไม่ชดใช้ค่าเสียหายหรือชดใช้ไม่ครบ ผู้ค้ำประกันยอมชำระราคาและค่าเสียหายให้จนเต็มจำนวน แต่ไม่เกินจำนวนเงินรายได้ทุกชนิดที่ผู้รับจ้างได้รับตามปกติ ๑ เดือน

คู่สัญญาทั้งสองฝ่าย เข้าใจความในสัญญานี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงลายมือชื่อ)..... ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....ผู้จ้าง

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

ข้าพเจ้า.....ภริยาหรือสามีของผู้ค้ำประกัน

ขอให้ความยินยอมตามหนังสือค้ำประกันฉบับนี้

(ลงลายมือชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษกรณีลูกจ้างชั่วคราวถึงแก่ความตาย

เขียนที่ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

วันที่.....เดือน.....พุทธศักราช.....

ข้าพเจ้า.....เป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน/รายเดือนตำแหน่ง
.....สังกัดกอง/สำนักงาน.....รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
พอ. กระทรวงกลาโหม จังหวัด กทม. ได้รับค่าจ้างวันละ / เดือนละบาทขอแสดงเจตนาระบุตัว
ผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษ โดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างปฏิบัติงานและทางราชการจะต้อง
จ่ายเงินช่วยเหลือพิเศษให้ตามพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่น ในลักษณะเดียวกัน
ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่.....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....ถนน
.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....

(ลงลายมือชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงลายมือชื่อ).....พยาน

(.....)



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

<p style="text-align: center;">ข้อมูลนายจ้าง</p> <p>ชื่อสถานประกอบการ.....รพ.ภมิลพอดลยเดช พอ.....</p> <p>เลขที่บัญชี <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>ลำดับที่สาขา <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน.....</p> <p>ประเภทการจ้าง <input type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)...</p>	<p style="text-align: center;">สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>เลขที่บัตรประกันสังคม <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p style="text-align: center;">ข้อมูลผู้ประกันตน</p> <p>๑. ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง ชื่อสกุล..... <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>๒. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>๓. สัญชาติ..... <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>๔. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>๕. เลขประจำตัวประชาชน <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>๖. สถานภาพครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> ๑. โสด <input type="checkbox"/> ๒. สมรส <input type="checkbox"/> ๓. หม้าย <input type="checkbox"/> ๔. หย่า <input type="checkbox"/> ๕. แยกกันอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีบัตร <input type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน ๖ ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ ๑ เกิดปี พ.ศ. <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 100px;">ลำดับที่ ๒ เกิดปี พ.ศ. <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	
<p>๗. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p>	
<p style="text-align: center;">ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....นายจ้าง (.....) วันที่.....</p>	
<p style="text-align: center;">ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล</p> <p>๘. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม.....(ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล)</p> <p>หากไม่สามารถจดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ</p> <p>ลำดับที่ ๑ ชื่อ.....หรือ</p> <p>ลำดับที่ ๒ ชื่อ.....</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน (.....) วันที่.....</p>	
<p style="text-align: right;">เอกสารที่แนบ</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p>	
<p style="text-align: right;">..... (ผู้รับแบบ) วันที่.....</p>	

- คำแนะนำ**
๑. ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
 ๒. การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 ๓. เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย
 ๔. การยื่นแบบโดยแจ้งรายชื่อบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- (คำอธิบายดูด้านหลัง)

คำอธิบาย

ข้อมูลนายจ้าง

- ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา
- วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน (ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน)
- กรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่นๆ

ข้อมูลผู้ประกันตน

- ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าคำนำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย นายแล้วกรอก ชื่อ - ชื่อสกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน
- เพศ ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง เช่น เป็นเพศชายให้ทำเครื่องหมาย ชาย
- ให้ผู้ประกันตน กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ
- วัน เดือน ปี เกิด ให้ผู้ประกันตนกรอกวัน เดือน ปี เกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
- ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ ๑๓ หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน
- สถานภาพครอบครัว

หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่

หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ คือ มิได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน

จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่

ตัวอย่าง นางสาวรัก พอดี สมรสแล้วแต่แยกกันอยู่และมีบุตรจำนวน ๓ คน เกิด ปี พ.ศ. ๒๕๓๖ (อายุ ๗ ปี)

เกิด ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ (อายุ ๒ ปี) และเกิด ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ (อายุ ๑ ปี)

๖. สถานภาพครอบครัว

๑. โสด

๒. สมรส

๓. หม้าย

๔. หย่า

๕. แยกกันอยู่

ไม่มีบุตร

มีบุตรอายุไม่เกิน ๖ ปี จำนวน ๒ คน

ลำดับที่ ๑ เกิดปี พ.ศ.

ลำดับที่ ๒ เกิดปี พ.ศ.

๖.๑ ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน ๖ ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

- สำหรับชาวต่างชาติ หรือคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่มีเอกสารหลักฐานที่ผู้ประกันตนมีอยู่ เช่น ทำเครื่องหมาย ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

การเลือกสถานพยาบาลในข้อ ๘ ให้ผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

หมายเหตุ ในการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.๑-๐๓) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.๖-๐๗) ทุกครั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจตราและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้