



คำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ

คนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

(กรณีผู้ประกันสุขภาพดำเนินการด้วยตนเอง)

แบบ คป. 01

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ยื่นคำร้อง

ผู้ประกันสุขภาพ ชื่อ.....ชื่อสกุล.....สัญชาติ.....
เลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เลขประจำตัวผู้ประกันสุขภาพ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดหน่วยบริการ

ปัจจุบันผู้ประกันสุขภาพ ได้ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล.....
ราคาบัตรประกันสุขภาพ.....บาท ระยะเวลาคุ้มครองวันที่.....ถึงวันที่.....
ขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพคนต่างด้าว เนื่องจาก กรณีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อน
 กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพไม่ตรงกับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต
 กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้
 กรณีมีการเก็บเงินค่าบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้า

ส่วนที่ 3 เอกสารหลักฐาน

- ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสุขภาพ
- เอกสารแสดงตนของประเทศต้นทาง หรือเอกสารแสดงตนที่ทางการไทยออกให้ ของผู้ประกันสุขภาพ
- หลักฐานการมีสิทธิประกันสังคม (กรณีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อน)
- หลักฐานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพไม่ตรงกับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต)
- หลักฐานที่แสดงว่าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้)

หมายเหตุ: หน่วยบริการ “ตรวจสอบเอกสารจากฉบับจริงทุกรายการ” และเก็บสำเนาเอกสารดังกล่าวแนบใบคำร้องนี้ส่งมากองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบต่อข้อมูลที่หน่วยบริการถือปฏิบัติตามระเบียบราชการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ส่วนที่ 5 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว ผู้ยื่นคำร้องประกันสุขภาพราคา.....บาท สามารถคืนค่าประกันสุขภาพได้

- 1) คืนเต็มจำนวน
- 2) ตามสัดส่วนวันที่เหลือ จำนวน.....วัน สัดส่วนต่อวันวันละ.....บาท
ดังนั้น ต้องคืนค่าประกันสุขภาพ จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....



คำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ
คนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว
(กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน)

แบบ คป. 02

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เป็นผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกันสุขภาพ ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....
เลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/เลขที่เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้.....
เลขประจำตัวผู้ประกันสุขภาพ.....
เกี่ยวข้องกับผู้ประกันสุขภาพในฐานะ นายจ้าง สามเณร/ภรรยา/บุตรตามกฎหมาย ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
โดยผู้ประกันสุขภาพมีนายจ้าง/สถานประกอบการชื่อ..... โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดหน่วยบริการ

ปัจจุบันผู้ประกันสุขภาพ ได้ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาล.....
ราคาบัตรประกันสุขภาพ.....บาท ระยะเวลาคุ้มครองวันที่.....ถึงวันที่.....
ขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพคนต่างด้าว เนื่องจาก กรณีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อน
 กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพไม่ตรงกับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต
 กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้
 กรณีมีการเก็บเงินค่าบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้า

ส่วนที่ 3 เอกสารหลักฐาน

- ใบเสร็จรับเงินค่าประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสุขภาพ
- เอกสารแสดงตนของประเทศต้นทาง หรือเอกสารแสดงตนที่ทางการไทยออกให้ ของผู้ประกันสุขภาพ
- หนังสือมอบอำนาจกรณียื่นคำร้องขอคืนเงินค่าประกันสุขภาพ แทนคนต่างด้าว/ แรงงานต่างด้าว ฉบับจริง
- บัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ของผู้รับมอบอำนาจ
- หลักฐานการมีสิทธิประกันสังคม (กรณีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อน)
- หลักฐานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีซื้อบัตรประกันสุขภาพไม่ตรงกับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต)
- หลักฐานที่แสดงว่าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (กรณีไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้)

หมายเหตุ: หน่วยบริการ “ตรวจสอบเอกสารจากฉบับจริงทุกรายการ” และเก็บสำเนาเอกสารดังรายการแนบใบคำร้องนี้ส่งมากองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขที่หน่วยบริการถือปฏิบัติตามระเบียบราชการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอรับรองว่า
ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ส่วนที่ 5 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว ผู้ยื่นคำร้องประกันสุขภาพราคา.....บาท สามารถคืนค่าประกันสุขภาพได้

- 1) คืนเต็มจำนวน
- 2) ตามสัดส่วนวันที่เหลือ จำนวน.....วัน สัดส่วนต่อวันวันละ.....บาท
ดังนั้น ต้องคืนค่าประกันสุขภาพ จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง ขึ้นคำร้องขอเงินคืนค่าประกันสุขภาพแทนคนต่างด้าวหรือแรงงานต่างด้าว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ ขึ้นคำร้องขอเงินคืนค่าประกันสุขภาพ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอม
 รับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็น
 หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน