

เอกสารคู่มือการใช้งาน ระบบสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (สำหรับหน่วยบริการ)



โดย บริษัท จีเนียส-ทรี จำกัด
เวอร์ชัน 3.0 : 13 ธันวาคม 2564

+66 (0) 2 981 7558 แฟกซ์ +66 (0) 2 981 7554



admin@geniustree.co.th



<http://geniustree.co.th/>



10/293 หมู่ 2 ซอยแจ้งวัฒนะ 35 ต.คลองเกลือ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120



การรับรองเอกสาร (Review by)

ประเภท (Type)	ชื่อ-นามสกุล (Full Name)	วัน/เดือน/ปี (Date)	ลายเซ็น (Signature)
ผู้ Review :	ปนัดดา บุญสิทธิ์	13/12/2564	
ผู้ Approve :	ปราโมทย์ สุวรรณเพชร	13/12/2564	

ประวัติการแก้ไข (Version History)

Version	วัน/เดือน/ปี (Date)	ผู้เขียน (Author)	คำอธิบาย (Description)
1.0	02/10/2563	นัยเนตร แหบคงเหล็ก	Initial Version
2.0	02/12/2563	นัยเนตร แหบคงเหล็ก	Update Version
3.0	13/12/2564	นัยเนตร แหบคงเหล็ก	ปรับปรุงคู่มือการใช้งานระบบให้เป็นปัจจุบัน

การแจกจ่ายเอกสาร (Distribution List)

ตำแหน่ง (Role)	หมายเหตุ (Remark)
กรรมการผู้ตรวจรับงาน	สำเนาต้นฉบับ 1 ชุด
ทีมงานภายใน	\\192.168.1.131\non-baseline\สปสช. (ส่วนกลาง)\รับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ผู้ตรวจสอบ

ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่อนุมัติ
ปนัดดา บุญสิทธิ์	QA	13/12/2564

สารบัญ

เอกสารคู่มือการใช้งานระบบสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ	1
1. การเข้าใช้งานระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ	2
2. ขั้นตอนการสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ	3
2.1 การเข้าหน้าจอการสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ	3
2.2 การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการกรณีมีรหัสสถานบริการ.....	5
2.3 การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการกรณีไม่มีรหัสสถานบริการ.....	8
2.4 ขั้นตอนการกรอกข้อมูลทั่วไป และการแสดงอีเมลหลังจากการยืนยันการบันทึกข้อมูลทั่วไป	10
(1) กรณีมีรหัสสถานบริการ จะมีข้อมูลแสดงบางส่วนเบื้องต้น แต่กรณีไม่มีรหัสสถานบริการ จะต้องกรอกข้อมูลใหม่ทั้งหมด	10
(2) กรอกข้อมูลที่อยู่สถานบริการ	10
(3) การเลือกจังหวัดของสถานบริการ.....	11
(4) การเลือกประเภทสถานบริการ	11
(5) กรณีประเภทสถานบริการเป็นหน่วยงานรัฐ.....	12
(6) กรณีประเภทสถานบริการเป็นหน่วยงานเอกชน	12
(7) การกรอกหมายเหตุ.....	13
(8) การกรอกข้อมูลผู้บันทึกข้อมูล	13
(9) การยืนยันการบันทึกข้อมูลทั่วไป	14
(10) การแสดงอีเมล เมื่อมีการยืนยันการบันทึกข้อมูลทั่วไป	15
2.5 ขั้นตอนการเลือกประเภทการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ.....	17
(1) กรณีการขึ้นทะเบียนใหม่ และไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน	17
(2) กรณีขอเพิ่มการขึ้นทะเบียน.....	18
(3) เงื่อนไขการเลือกการขึ้นทะเบียน	19
(4) กดปุ่มต่อไป เพื่อยืนยันการเลือกประเภทการขึ้นทะเบียน และแสดงขั้นตอนการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง	21
2.6 ขั้นตอนการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง กรณีเป็นหน่วยงานรัฐ.....	22
(1) กรณีหน่วยงานรัฐ : หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ.....	22
(2) กรณีหน่วยงานรัฐ : หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป	23

(3) กรณีหน่วยงานรัฐ : หน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้าน.....	24
2.7 ขั้นตอนการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง กรณีเป็นหน่วยงานเอกชน.....	40
(1) กรณีหน่วยงานเอกชน : หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ.....	40
(2) กรณีหน่วยงานเอกชน : หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป.....	42
(3) กรณีหน่วยงานเอกชน : หน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้าน.....	44
2.8 ขั้นตอนการแสดงผลแบบฟอร์มใบสมัคร และสรุปรายการเอกสาร	67
2.9 ขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารประกอบการพิจารณา	70
3. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง พิจารณา ครบถ้วน/ถูกต้อง.....	73
4. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง พิจารณา ไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง.....	77
5. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต พิจารณารับสมัครการขึ้นทะเบียน.....	81
6. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต พิจารณาไม่รับสมัครการขึ้นทะเบียน.....	83

เอกสารคู่มือการใช้งานระบบสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (สำหรับหน่วยบริการ)

เอกสารฉบับนี้ เป็นเอกสารขั้นตอนการทำงานในส่วนของหน่วยบริการ(สำหรับผู้สมัคร) ซึ่งจะมีการทำงานส่วนต่าง ๆ ทั้งในส่วนของการขอสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การแสดงผลอีเมล ตลอดจนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร จึงได้จัดทำคู่มือการใช้งานระบบเพื่อเป็นแนวทางการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้

โดยผู้ใช้งานระบบสามารถเข้าใช้งานระบบ โดยเปิดโปรแกรม Web Browser เช่น Microsoft Edge, FireFox หรือ Google Chrome สำหรับระบบที่ได้ทำการพัฒนานี้ สามารถแสดงผลได้ดีที่สุดสำหรับ Web Browser ดังนี้



Microsoft Edge Version 11 ขึ้นไป



Firefox Version 70 ขึ้นไป

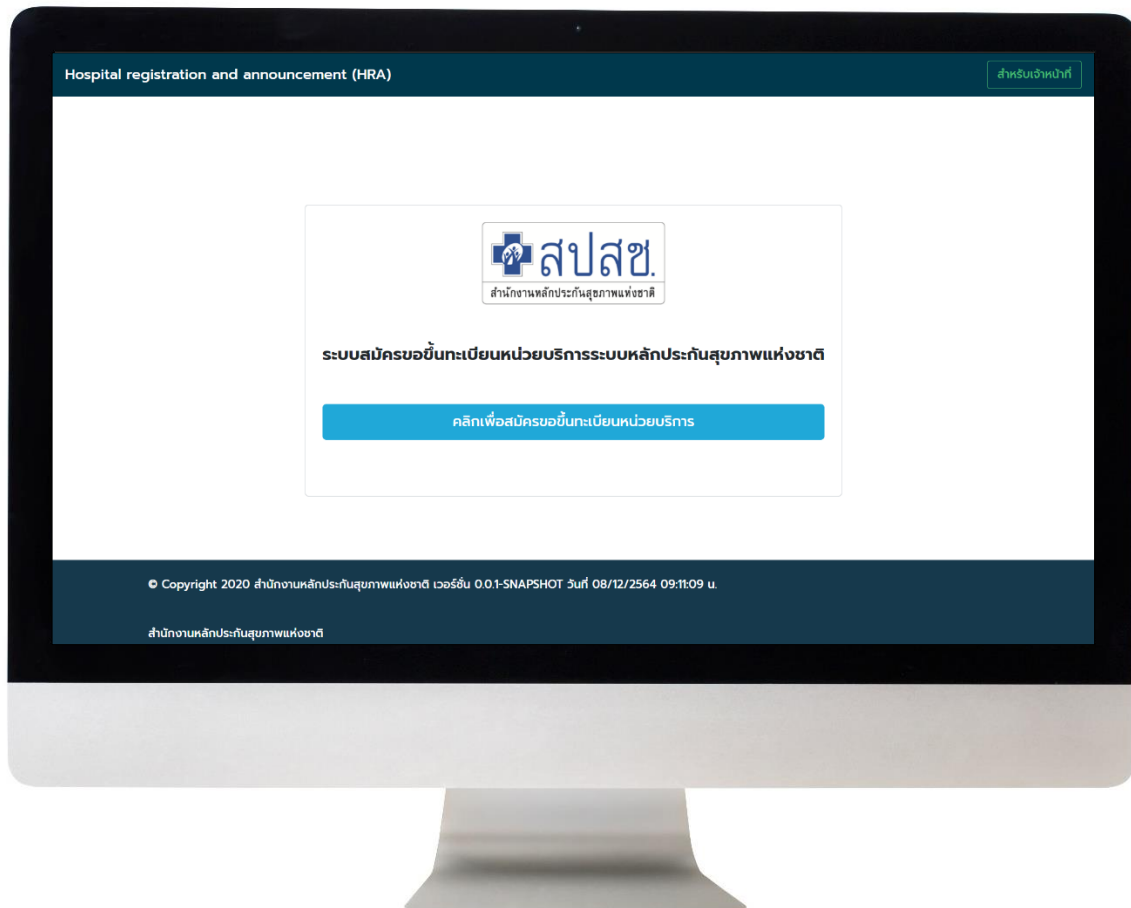


Google Chrome Version 80 ขึ้นไป

โครงการพัฒนาระบบสมัคร และระบบการออกประกาศรับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในส่วนของหน่วยบริการ(ผู้สมัคร) การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการมีขั้นตอนการใช้งานระบบ ดังนี้

1. การเข้าใช้งานระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

(1) การเข้าใช้งานระบบฯ สามารถเข้าใช้งานผ่าน URL: <https://hra.nhso.go.th/hra/>



หมายเหตุ

ในส่วนของหน่วยบริการ สามารถใช้งานได้ทันที โดยไม่ต้องมีการ Login ผ่านระบบ

2. ขั้นตอนการสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

2.1 การเข้าหน้าจอการสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

(1) กรณีที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ให้เลือกปุ่ม

คลิกเพื่อสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คลิกเพื่อสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

กดปุ่ม คลิกเพื่อสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.01-SNAPSHOT วันที่ 08/12/2564 09:11:09 n.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เบอร์กลาง 02-141-4000 (เวลาราชการ)
Fax 02-143-9730-1
Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

(2) ระบบจะแสดงหน้าสำหรับการเลือกเพื่อสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล





กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล



© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 08/12/2564 09:11:09 น.

ติดต่อเรา
 เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
 เบอร์โทร 02-141-4000 (เวลาราชการ)
 Fax 02-143-9730-1
 Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พะเยา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ชลบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

2.2 การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการกรณีมีรหัสสถานบริการ

(1) กรณีมีรหัสสถานบริการ



Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล



กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

เลือกกรณีมีรหัส
สถานพยาบาล

Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 08/12/2564 09:11:09 น.

ติดต่อเรา
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เบอร์กลาง 02-141-4000 (เวลาราชการ)
Fax 02-143-9730-1
Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ชอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

5 | Page

(2) ระบบแสดงหน้าจอสำหรับการค้นหา โดยสามารถค้นหาได้จากรหัสสถานพยาบาล หรือชื่อสถานพยาบาล

(3) กดปุ่ม “ค้นหา” ระบบดำเนินการประมวลผลค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาแสดง

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล



กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

ค้นหาหน่วยบริการ *กรุณากรอกรหัสสถานบริการ หรือกรอกชื่อสถานบริการ

รหัสสถานบริการ

ชื่อสถานบริการ

ค้นหา

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 08/12/2564 09:11:00

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เบอร์กลาง 02-141-4000 (เวลาราชการ)
Fax 02-143-9730-1
Website www.nhso.go.th

กรอกเงื่อนไข เพื่อทำการค้นหาข้อมูลในระบบ

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ชอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร



หมายเหตุ

หากไม่ค้นหาแล้วไม่พบข้อมูลกรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง

- (4) ระบบแสดงหน้าจอรระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในส่วนของข้อมูลทั่วไป กรณีมีรหัสสถานบริการ ระบบจะดำเนินการแสดงข้อมูลบางส่วนเบื้องต้น โดยหน่วยบริการจะต้องดำเนินการกรอกข้อมูลในส่วนต่างๆ ให้ครบถ้วนเพิ่มเติม

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล



กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

ค้นหาหน่วยบริการ *กรุณากรอกรหัสสถานบริการ หรือกรอกชื่อสถานบริการ

รหัสสถานบริการ

ชื่อสถานบริการ

ค้นหา

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต *

รหัสสถานบริการ(5 หลัก)

กรอกกรอกข้อมูลที่อยู่สถานบริการ

เลขที่ * ซอย

ถนน

จังหวัด *

สุรินทร์

อำเภอ/เขต *

เมืองสุรินทร์

ตำบล/แขวง *

ในเมือง

หมู่ที่ *

-

รหัสไปรษณีย์ *

32000

โทรศัพท์ *

-

โทรสาร

-

อีเมล *

2.3 การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการกรณีไม่มีรหัสสถานบริการ

(1) กรณีไม่มีรหัสสถานบริการ



Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล



กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เบอร์กลาง 02-141-4000 (เวลาราชการ)
Fax 02-143-9730-1
Website www.nhso.go.th

เลือกกรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

OT วันที่ 08/12/2564 09:11:09 น.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- (2) ระบบแสดงหน้าจอสำหรับการกรอกข้อมูลเพื่อสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยทางหน่วยบริการจะต้องกรอกข้อมูลทั้งหมดให้ครบถ้วนทั้งหมดตามเงื่อนไข

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล



กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต * กรุณากรอกชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต

กรณกรอกข้อมูลที่อยู่สถานบริการ

เลขที่ * ซอย

ถนน

จังหวัด * อำเภอ/เขต * ตำบล/แขวง *

กรุณาเลือก

กรุณาเลือก

กรุณาเลือก

หมู่ที่ * รหัสไปรษณีย์ * โทรศัพท์ *

กรุณาเลือก

โทรสาร อีเมล *



หมายเหตุ

กรณีไม่มีรหัสสถานบริการ จะต้องกรอกข้อมูลเองใหม่ให้ครบถ้วน โดยทางเจ้าหน้าที่สปสช. จะดำเนินการออกรหัส และกรอกรหัสให้เมื่อมีการส่งข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ สปสช.

2.4 ขั้นตอนการกรอกข้อมูลทั่วไป และการแสดงอีเมลหลังจากการยืนยันการบันทึกข้อมูลทั่วไป

- (1) กรณีมีรหัสสถานบริการ จะมีข้อมูลแสดงบางส่วนเบื้องต้น แต่กรณีไม่มีรหัสสถานบริการ จะต้องกรอกข้อมูลใหม่ทั้งหมด
 - กรณีไม่มีรหัสสถานบริการ จะต้องกรอกข้อมูลชื่อหน่วยบริการให้ถูกต้องตามใบอนุญาต

Hospital registration and announcement (HRA)

สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ข้อมูลทั่วไป



ประเภทการขอขึ้นทะเบียน



ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง



ยืนยันข้อมูล

หากทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีมีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการค้นหาข้อมูล
หากไม่ทราบรหัสสถานบริการ(5หลัก) กรุณาเลือกที่ปุ่ม กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล เพื่อทำการกรอกข้อมูลการสมัคร



กรณีมีรหัสสถานพยาบาล



กรณีไม่มีรหัสสถานพยาบาล

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต * กรุณากรอกชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต

(2) กรอกข้อมูลที่อยู่สถานบริการ

- กรอกเลขที่ (บังคับกรอก)
- กรอกชื่อซอย (ไม่บังคับกรอก)
- กรอกชื่อถนน (ไม่บังคับกรอก)
- เลือกจังหวัดของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)
- เลือกอำเภอ/เขตของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)
- เลือกตำบล/แขวงของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)
- เลือกหมู่ที่ของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)
- กรอกรหัสไปรษณีย์ของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)
- กรอกเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)
- กรอกเบอร์โทรสารของหน่วยบริการ (ไม่บังคับกรอก)
- กรอกอีเมลของหน่วยบริการ (บังคับกรอก)

กรณกรอกข้อมูลที่อยู่สถานบริการ

เลขที่ * ซอย

ถนน

จังหวัด * อำเภอ/เขต * ตำบล/แขวง *

หมู่ที่ * รหัสไปรษณีย์ * โทรศัพท์ *

โทรสาร อีเมล *

(3) การเลือกจังหวัดของสถานบริการ

- กรณีมีรหัสสถานบริการ ระบบจะแสดงข้อมูลเดิมให้ แต่สามารถปรับเปลี่ยนเขตพื้นที่ สปสช. และจังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียนได้
- กรณีไม่มีรหัสสถานบริการ จะต้องดำเนินการเลือกเขตพื้นที่ สปสช. และจังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียน

กรุณาเลือกจังหวัดของสถานบริการ

เขตพื้นที่ สปสช. * จังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียน *

(4) การเลือกประเภทสถานบริการ

- เลือกสังกัดหลักของหน่วยบริการ
- เลือกสังกัดย่อยของหน่วยบริการ
- เลือกลักษณะสถานบริการ(ไม่บังคับเลือก)

กรุณาเลือกประเภทสถานบริการ

กรุณาเลือก

สังกัดหลักของหน่วยบริการ * ข้อมูลสังกัดย่อยของหน่วยบริการ *

กรุณาเลือกข้อมูลลักษณะสถานบริการ

(5) กรณีประเภทสถานบริการเป็นหน่วยงานรัฐ

- กรอกชื่อผู้อำนวยการ หรือหัวหน้างาน

กรณกรอกข้อมูลผู้บริหาร *

ชื่อผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยงาน *

(6) กรณีประเภทสถานบริการเป็นหน่วยงานเอกชน

- กรณีเป็นบุคคล/กลุ่มบุคคล

ข้อมูลผู้ประกอบการ *

☒ บุคคล/กลุ่มบุคคล
ลำดับที่ 1
ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐ นิติบุคคล

- กรอกชื่อนามสกุล และเลขบัตรประจำตัวประชาชนให้ถูกต้อง
- หากมีมากกว่า 1 กดปุ่ม
- กรณีมีผู้มอบอำนาจ สามารถกรอกชื่อผู้มีอำนาจลงนามได้ โดยสามารถมีชื่อผู้มีอำนาจลงนามได้มากกว่า 1 คน ให้กดปุ่ม โดยระบบจะไม่มีการบังคับกรอกข้อมูลในส่วนนี้

กรอกข้อมูลผู้มอบอำนาจ

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อผู้มีอำนาจลงนามลำดับที่ 1

- กรณีเป็นนิติบุคคล

ข้อมูลผู้ประกอบการ *

☐ บุคคล/กลุ่มบุคคล

☒ นิติบุคคล
เลขทะเบียนนิติบุคคล เลขภาษีกรมสรรพากร

ชื่อนิติบุคคล

- กรอกเลขทะเบียนนิติบุคคล หรือเลขภาษีกรมสรรพากร
- กรอกชื่อนิติบุคคล
- กรณีมีผู้มอบอำนาจ สามารถกรอกชื่อผู้มีอำนาจลงนามได้ โดยสามารถมีชื่อผู้มีอำนาจลงนามได้มากกว่า 1 คน ให้กดปุ่ม [+ เพิ่มชื่อผู้มีอำนาจลงนาม](#) โดยระบบจะไม่มีการบังคับกรอกข้อมูลในส่วนนี้
- กรณีมีผู้รับมอบอำนาจให้มาลงนาม สามารถกรอกชื่อผู้รับมอบอำนาจลงนามได้ โดยมีได้มากกว่า 1 คน ให้กดปุ่ม [+ เพิ่มชื่อผู้รับมอบอำนาจ](#) โดยระบบจะไม่มีการบังคับกรอกข้อมูลในส่วนนี้

กรอกข้อมูลผู้มอบอำนาจ

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อผู้มีอำนาจลงนามลำดับที่ 1

[+ เพิ่มชื่อผู้มีอำนาจลงนาม](#)

ชื่อผู้รับมอบอำนาจให้มาลงนาม

ชื่อผู้รับมอบอำนาจลำดับที่ 1

[+ เพิ่มชื่อผู้รับมอบอำนาจ](#)

(7) การกรอกหมายเหตุ

- กรอกหมายเหตุเพิ่มเติม เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อดำเนินการปรับข้อมูลในส่วนที่ไม่มีแสดงหรือข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม หรือระบุหมายเหตุเพิ่มเติมได้ในขั้นตอนนี้ (ไม่บังคับกรอก)

หมายเหตุ

*หากต้องการแก้ไขข้อมูลในส่วนที่แก้ไขไม่ได้ กรุณากรอกข้อมูลในช่องหมายเหตุเพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อกำหนดการปรับข้อมูลให้

(8) การกรอกข้อมูลผู้บันทึกข้อมูล

- กรอกชื่อและนามสกุลของผู้บันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการติดต่อประสานงาน
- กรอกเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เพื่อใช้ในการติดต่อประสานงาน
- กรอกอีเมลที่สามารถติดต่อได้ เพื่อใช้ในการติดต่อประสานงาน และระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมลไปยังอีเมลที่ระบุนี้ เพื่อให้ทางหน่วยบริการสามารถเรียกดู หรือปรับแก้ไขข้อมูลได้เพิ่มเติมตามเงื่อนไขของระบบ

กรณกรอกข้อมูลผู้บันทึกข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล *

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *

ต่อไป >

(9) การยืนยันการบันทึกข้อมูลทั่วไป

- เมื่อหน่วยบริการกรอกข้อมูลทั่วไปเรียบร้อยแล้ว และกดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อทำการบันทึกข้อมูล

กรณกรอกข้อมูลผู้บันทึกข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล *

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *

กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อทำการบันทึกข้อมูล และจัดส่งอีเมล

ต่อไป >

- ระบบจะแสดง Dialog Box ยืนยันการกรอกข้อมูล

Hospital registration and announcement (HRA)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้อมูลทั่วไป

ยืนยันการกรอกข้อมูล

ระบบจะดำเนินการส่ง link ผ่าน email ที่ท่านระบุไว้ เพื่อให้ท่านกลับมาแก้ไขข้อมูล หรือดูสถานะได้ อีเมลที่ติดต่อได้ naiyanet@geniustree.co.th

ยกเลิก

ยืนยัน

ชื่อ - นามสกุล *

นายเนตร แหบคงเหล็ก

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

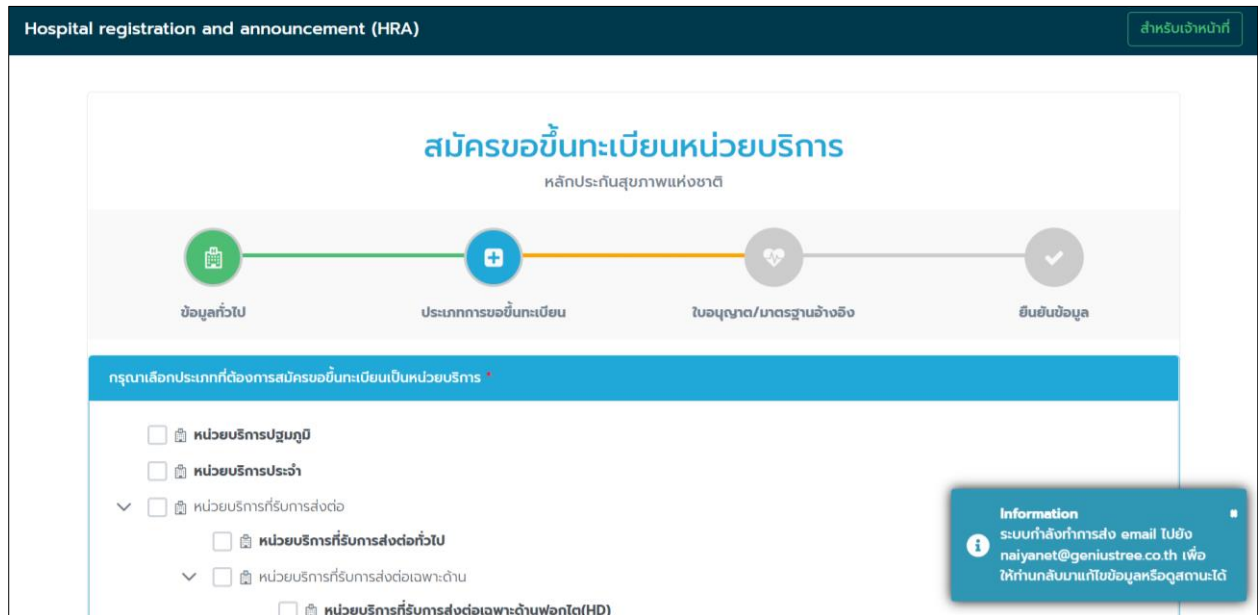
088-888-8888 , 02555-5555

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *

naiyanet@geniustree.co.th

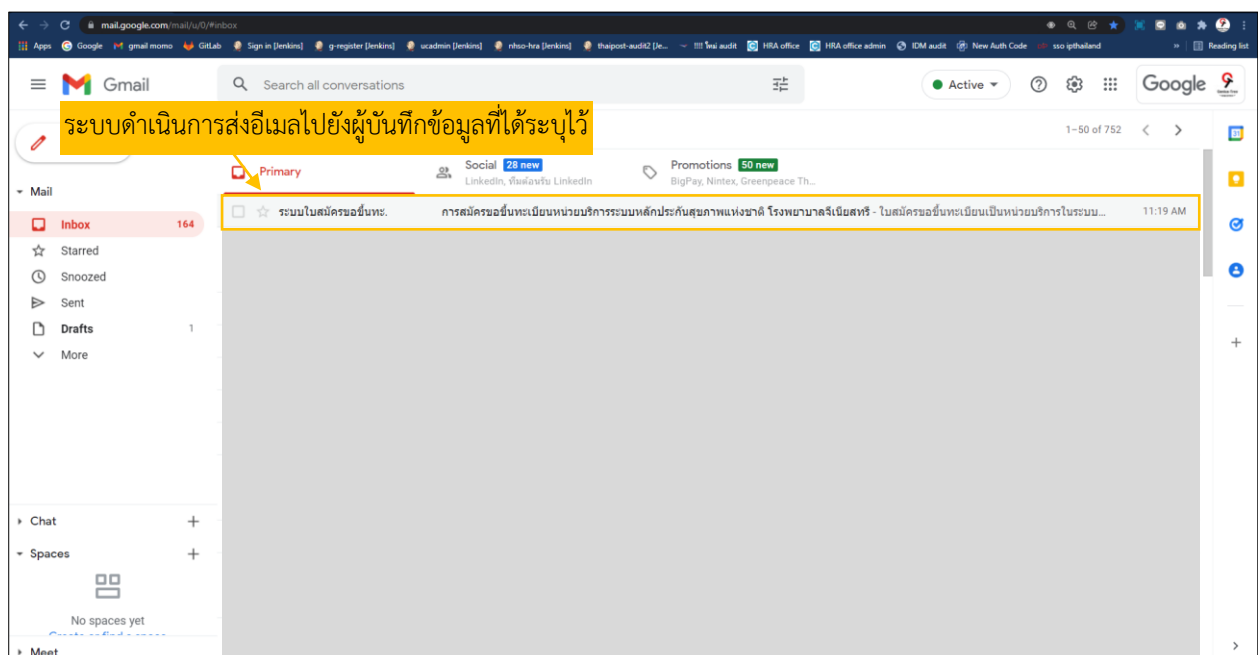
ต่อไป >

- กดปุ่ม **ยืนยัน** ระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมล ไปยังผู้บันทึกข้อมูลและตามอีเมลที่ได้รับระบุไว้ เพื่อใช้สำหรับการกรอกข้อมูลในส่วนต่างๆ ให้ครบถ้วน การเรียกดูข้อมูลโดยไม่ต้องล็อกอินเข้าสู่ระบบ รวมถึงกรณีหากมีการแก้ไขข้อมูล ระบบจะมีการจัดส่งไปยังอีเมลผู้บันทึกข้อมูล เพื่อให้ปรับแก้ไขข้อมูลได้ผ่านอีเมล
- ระบบจะแสดงขั้นตอนถัดไป ในส่วนของการเลือกประเภทขอขึ้นทะเบียน

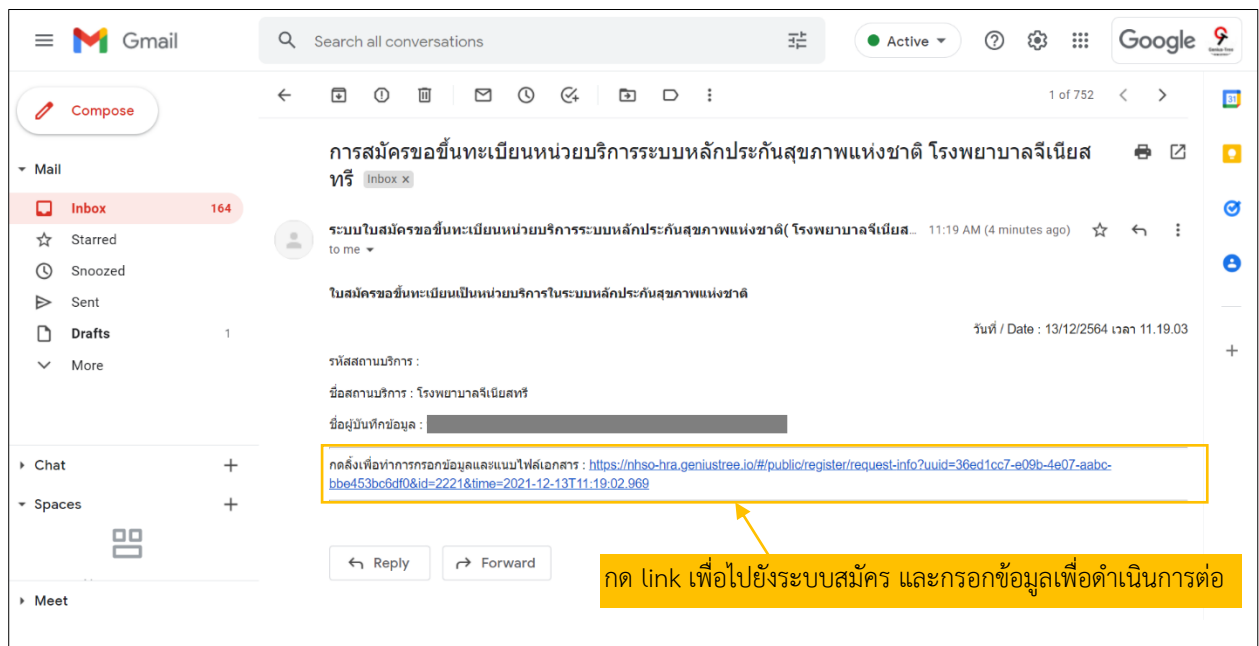


(10) การแสดงอีเมล เมื่อมีการยืนยันการบันทึกข้อมูลทั่วไป

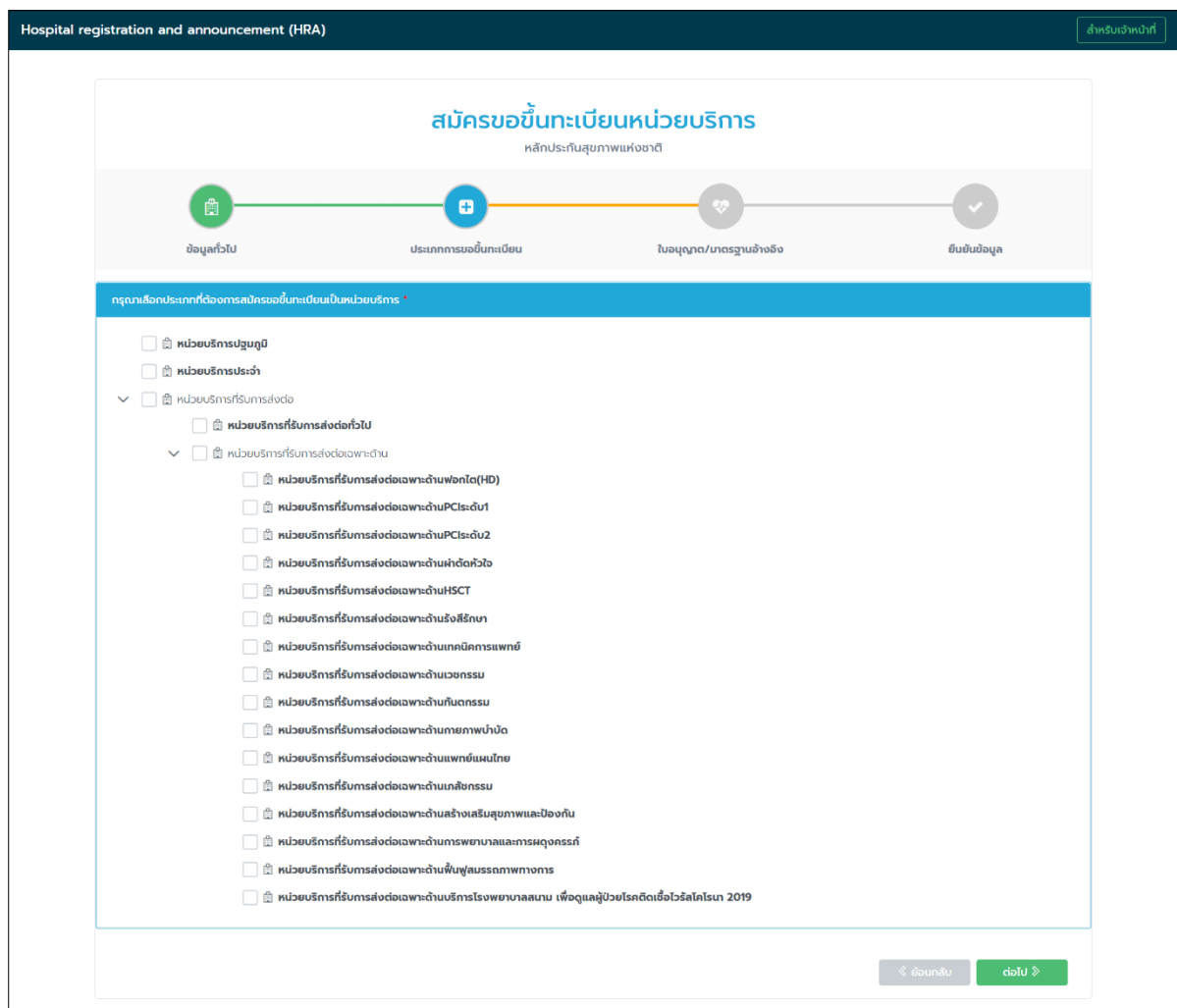
- ระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมล ไปยังผู้บันทึกข้อมูลและตามอีเมลที่ได้รับระบุไว้ โดยจะแสดงรายละเอียดอีเมล ดังนี้



- สามารถกด link ที่แสดงในอีเมลได้ เพื่อเข้ามากรอกข้อมูลส่วนตัว ให้ครบถ้วน หรือปรับปรุงแก้ไขข้อมูลข้อมูล



- เมื่อกด link ผ่านอีเมล ระบบจะแสดงหน้าจอถัดไปที่ทางหน่วยบริการจะต้องกรอกข้อมูล



2.5 ขั้นตอนการเลือกประเภทการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

(1) กรณีการขึ้นทะเบียนใหม่ และไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน

- ระบบจะแสดงประเภทการขึ้นทะเบียนให้เลือก โดยสามารถเลือกประเภทการขึ้นทะเบียนได้ทั้งหมดตามประเภทที่แสดง

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ข้อมูลทั่วไป



ประเภทการขอขึ้นทะเบียน



ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง



ยืนยันข้อมูล

กรุณาเลือกประเภทที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ *

☐  หน่วยบริการปฐมภูมิ

☐  หน่วยบริการประจำ

☒  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

☒  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกไต(HD)
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ1
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ2
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านHSCT
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ย้อนกลับ
ต่อไป >

(2) กรณีขอเพิ่มการขึ้นทะเบียน

- ระบบจะแสดงประเภทการขึ้นทะเบียนให้เลือก โดยสามารถเลือกประเภทการขึ้นทะเบียนได้ทั้งหมดตามประเภทที่แสดง แต่รายการที่ทางหน่วยบริการเคยลงทะเบียนมาแล้ว จะไม่สามารถเลือกขึ้นทะเบียนในรายการนั้นๆ ได้

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

ยืนยันข้อมูล

กรุณาเลือกประเภทที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ *

☐

หน่วยบริการปฐมภูมิ

☐

หน่วยบริการประจำ

☒

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

☒

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

☒

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟกคิต(HD)(ท่านขึ้นทะเบียนแล้ว)

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCระดับ1

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCระดับ2

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านHSCT

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกรรพยาบาลและการฉุกเฉิน

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ

☐

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ย้อนกลับ

ต่อไป

(3) เงื่อนไขการเลือกการขึ้นทะเบียน

- กรณีเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำจะต้องเลือกขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย (กรณียังไม่เคยขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ)

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

กรุณาเลือกประเภทที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ *

☐

หน่วยบริการปฐมภูมิ (หากมีการลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำต้องมีการลงทะเบียนหรือเคยลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ)

☒ หน่วยบริการประจำ

☒ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

☒ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟกไต(HD)
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ1
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ2
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านHSCT
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเสริมสุขภาพและป้องกัน
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ
 ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรุณาระบุการบริการ *

บริการทันตกรรม *

☒ ให้บริการตนเอง
☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

บริการกายภาพบำบัด *

☒ ให้บริการตนเอง
☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

☒ ให้บริการตนเอง
☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

กรุณาระบุหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

กรุณาระบุหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

พิมพ์รหัสหรือชื่อหน่วยบริการ

◀ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶

19 | Page

- กรณีเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ จะต้องกรอกข้อมูลในส่วน
ของหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

ยืนยันข้อมูล

กรุณาเลือกประเภทที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ *

☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ (หากมีการลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำต้องมีการลงทะเบียนหรือเคยลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ)
 ☐ หน่วยบริการประจำ
 ☒ หน่วยบริการรับส่งต่อ

☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป
 ☒ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน

☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านพอดิ(HD)
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ1
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ2
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านHSCT
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
 ☒ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ
 ☐ หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เนื่องจากท่านสมัครเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ โปรดระบุหน่วยบริการที่ต้องการสมัคร

กรุณาระบุหน่วยบริการที่ต้องการสมัคร

พิมพ์หรือเลือกชื่อหน่วยบริการ

กรุณาเลือกเครือข่ายหน่วยบริการที่ท่านประสงค์อยากเข้าร่วมเครือข่าย

กรุณาระบุหน่วยบริการประจำ

พิมพ์หรือเลือกชื่อหน่วยบริการ

◀️ ย้อนกลับ
➡️ ดำเนินไป



หมายเหตุ

การขึ้นทะเบียนประเภทอื่นๆ สามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ โดยการเลือกขึ้นทะเบียนจะมีผลต่อการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิงต่อไป

(4) กดปุ่มต่อไป เพื่อยืนยันการเลือกประเภทการขึ้นทะเบียน และแสดงขั้นตอนการกรอกข้อมูลมาตรฐาน
อ้างอิง

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป ประเภทการขึ้นทะเบียน ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง ยืนยันข้อมูล

เลือกประเภทที่ต้องการขึ้นทะเบียน

กรุณาเลือกประเภทที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ *

☒ หน่วยบริการปฐมภูมิ

☒ หน่วยบริการประจำ

☒ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

☒ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านพอดิ(HD)

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ1

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ2

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านHSCT

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ

☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรุณาระบุการบริการ *

บริการทันตกรรม *

☒ ให้บริการตนเอง ☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

บริการกายภาพบำบัด *

☒ ให้บริการตนเอง ☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

☒ ให้บริการตนเอง ☐ ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น

กรุณาระบุหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

กรุณาระบุหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

13781 : โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

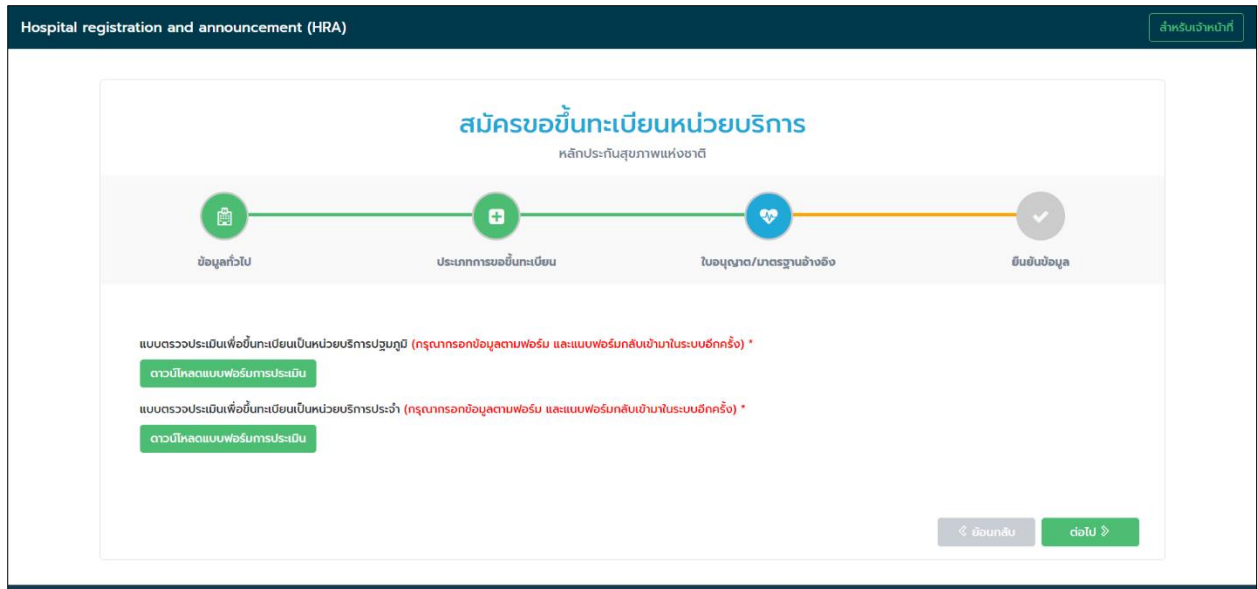
◀ ย้อนกลับ **ต่อไป ▶**

กดปุ่ม ต่อไป เพื่อยืนยันขั้นตอนถัดไป

2.6 ขั้นตอนการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง กรณีเป็นหน่วยงานรัฐ

ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิงต่าง ๆ โดยแสดงเงื่อนไขตามการเลือกประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) กรณีหน่วยงานรัฐ : หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ



- ดาวน์โหลด์แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบ ขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
- ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

- ดาวน์โหลด์แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบ ขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
- ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(2) กรณีหน่วยงานรัฐ : หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การรับส่งต่อทั่วไป

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ข้อมูลมาตรฐานที่ได้รับ To:oscu

☒ ISO	วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป
☒ TQM	วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป
☒ JCI	วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป
☒ HA (ชั้น3)	วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป (กรณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

[ดาวน์โหลดแบบฟอร์มประเมิน](#)

รับส่งต่อทั่วไป

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

วันที่ *	วันที่ผ่าน *	วันที่หมดอายุ *	จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ *
	วว/ดด/ปปปป	วว/ดด/ปปปป	

[◀ ย้อนกลับ](#)
[ต่อไป ▶](#)

- การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (กรอกข้อมูลมาตรฐานที่ได้รับ)
 - กรณีได้รับมาตรฐาน ISO ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
 - กรณีได้รับมาตรฐาน TQM ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
 - กรณีได้รับมาตรฐาน JCI ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
 - กรณีได้รับมาตรฐาน HA(ชั้น 3) ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
- ดาวน์โหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป (กรณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

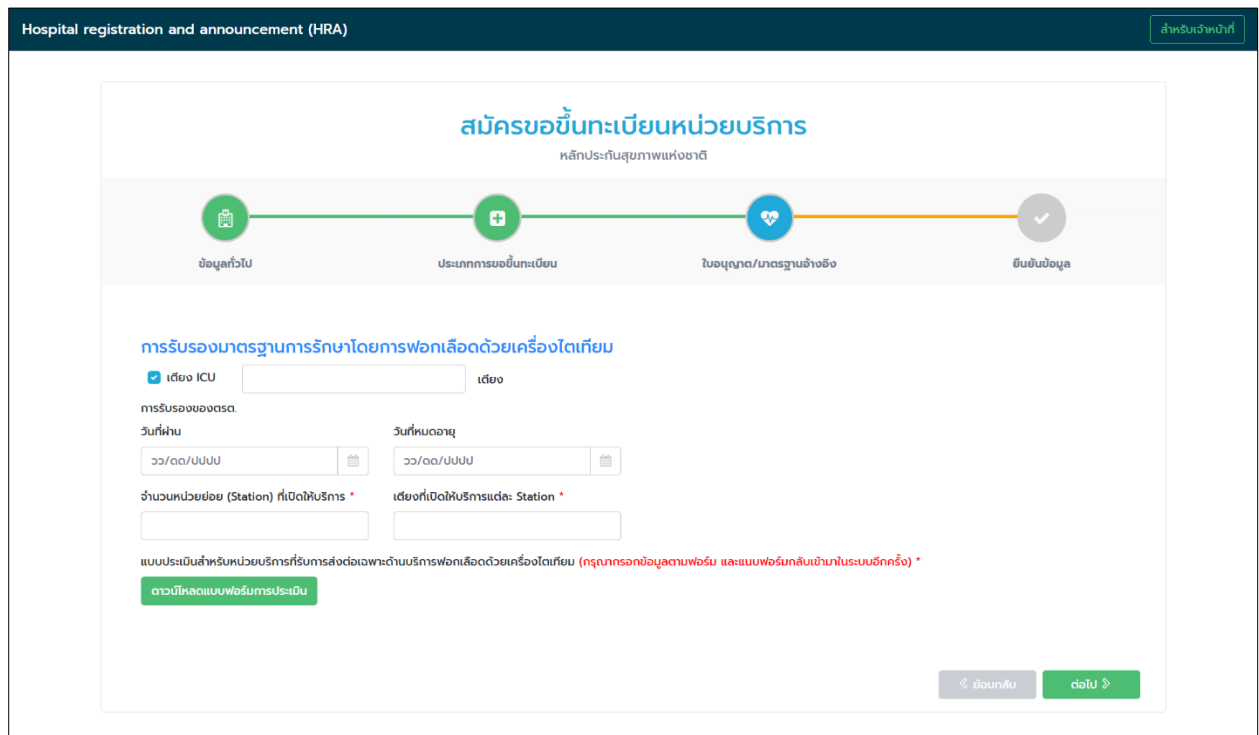
 - กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบฟอร์มประเมิน](#)
 - ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA)
 - กรอกขั้นที่
 - เลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ

○ กรอกจำนวนเตียงที่ให้บริการ

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3) กรณีหน่วยงานรัฐ : หน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้าน

(3.1) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านฟอกไต(HD)



- กรณีมีเตียง ICU ให้เลือก ☒ จากนั้น กรอกจำนวนเตียง
- การรับรอง ตรต. วันที่ผ่าน/วันที่หมดอายุ
- จำนวนหน่วยย่อย (Station) ที่เปิดให้บริการ
- เตียงที่เปิดให้บริการแต่ละ Station
- ดาวน์โหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

○ กดปุ่ม

แบบตรวจสอบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป (กรุณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

[ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)

○ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

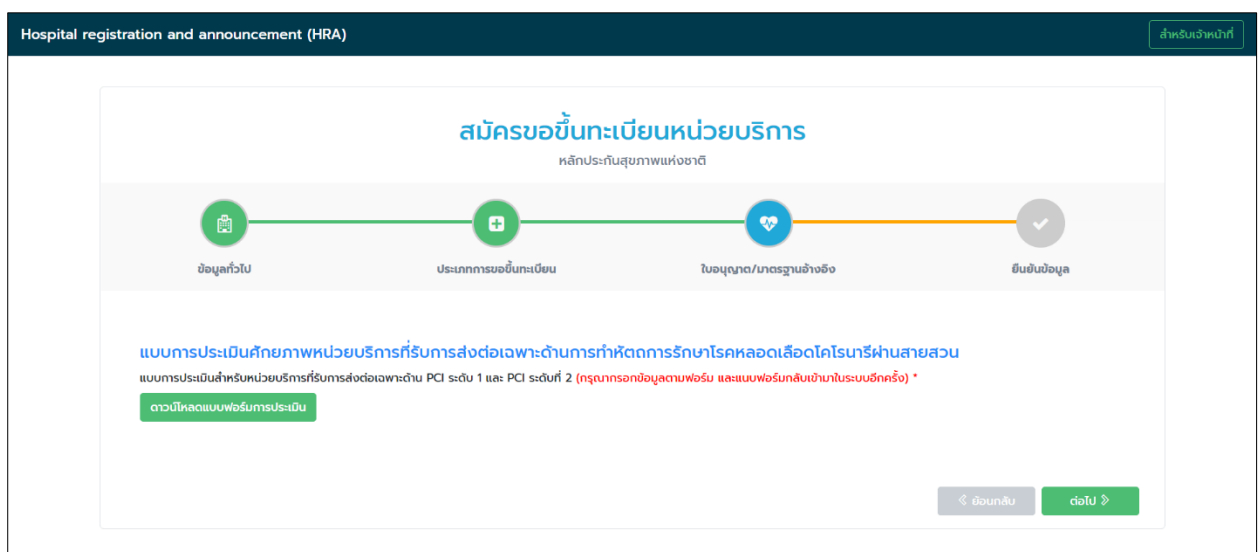
(3.2) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ



The screenshot shows the 'สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ' (Register for Unit Registration) page. It features a progress bar with four steps: 1. ข้อมูลทั่วไป (General Information), 2. ประเภทการขอขึ้นทะเบียน (Type of Registration), 3. ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง (License/Reference Standard), and 4. ยืนยันข้อมูล (Confirm Information). The current step is 'ประเภทการขอขึ้นทะเบียน'. Below the progress bar, there is a section titled 'แบบการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด' (Assessment form for heart surgery units). It includes a sub-section for 'แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *' (Assessment form for heart surgery units (please fill out the form and submit it back to the system again) *). There is a button labeled 'ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน' (Download assessment form) and navigation buttons 'ย้อนกลับ' (Back) and 'ต่อไป' (Next).

- ดาวน์โหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง
 - กดปุ่ม
 - แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *
 - ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน
 - ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.3) กรณีเป็นหน่วยบริการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI 1 และ 2



The screenshot shows the 'สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ' (Register for Unit Registration) page. It features a progress bar with four steps: 1. ข้อมูลทั่วไป (General Information), 2. ประเภทการขอขึ้นทะเบียน (Type of Registration), 3. ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง (License/Reference Standard), and 4. ยืนยันข้อมูล (Confirm Information). The current step is 'ประเภทการขอขึ้นทะเบียน'. Below the progress bar, there is a section titled 'แบบการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน' (Assessment form for heart surgery units). It includes a sub-section for 'แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 และ PCI ระดับที่ 2 (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *' (Assessment form for heart surgery units (please fill out the form and submit it back to the system again) *). There is a button labeled 'ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน' (Download assessment form) and navigation buttons 'ย้อนกลับ' (Back) and 'ต่อไป >' (Next).

- ดาวโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 และ PCI ระดับ 2 โดยให้ดาวโหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

○ กดปุ่ม

แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 และ PCI ระดับ 2 (กรุณากดปุ่มดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

○ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.4) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน HSCT

- ไม่มีการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.5) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา



- ดาวโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา โดยให้ดาวโหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

○ กดปุ่ม

แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา(กรุณากดปุ่มดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

○ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

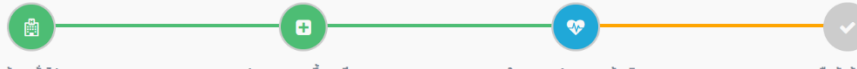
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.6) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การรับรองมาตรฐานด้านเทคนิคการแพทย์

การรับรอง LA ☒ ขอรับรอง ☐ ไม่ขอรับรอง

วันที่ผ่าน * วันที่หมดอายุ *

การรับรอง ISO 15189 ☒ ขอรับรอง ☐ ไม่ขอรับรอง

วันที่ผ่าน * วันที่หมดอายุ *

การรับรองมาตรฐานอื่นๆ กรุณาระบุการรับรอง *

วันที่ผ่าน * วันที่หมดอายุ *

นักเทคนิคการแพทย์ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อนักเทคนิคการแพทย์ * นามสกุล * เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ * ☒ Full Time ☐ Part Time เพิ่ม

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

◀️ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶️

- กรณีมีการรับรอง LA ให้เลือก ☒ **ขอรับรอง** จากนั้นเลือก วันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ หากไม่มีการรับรอง ให้เลือก ☐ **ไม่ขอรับรอง**
- กรณีมีการรับรอง ISO 15189 ให้เลือก ☒ **ขอรับรอง** จากนั้นเลือก วันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ หากไม่มีการรับรอง ให้เลือก ☐ **ไม่ขอรับรอง**
- หากมีการรับรองอื่นๆ ให้ระบุการรับรอง จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ



หมายเหตุ

การรับรองมาตรฐานด้านเทคนิคการแพทย์ การรับรองต้องมีการรับรองอย่างน้อย 1 รายการ

- ระบุชื่อนักเทคนิคการแพทย์
 - ☐ กรอกชื่อนักเทคนิคการแพทย์ และนามสกุล
 - ☐ กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - ☐ เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time

- หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
 - ดาวโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
เทคนิคการแพทย์ โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำ
ไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสาร
อีกครั้ง
 - กดปุ่ม
- แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (กรณารอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *
- [ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
- ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- กดปุ่ม [ต่อไป >>](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.7) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเวชกรรม

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคอมพิวเตอร์ที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่ให้บริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้คนไข้ได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูล ข้อมูลเบื้องต้น ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป้อนี้นั้น เป็นความจริงและถูกต้องตามที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับ พ.ศ. 2545 และฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับ พ.ศ. 2564)

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

ย้อนกลับ
ต่อไป >

- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม เพิ่ม
- เลือกศักยภาพและความพร้อม

- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.8) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ทันตแพทย์ผู้ดำเนินการ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อทันตแพทย์ผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 [เพิ่ม](#)

รายชื่อทันตภิบาล (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อทันตภิบาล

นามสกุล

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 [เพิ่ม](#)

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
23 กรณีศูนย์บริการคอมพิวเตอร์ที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่ให้บริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะให้บริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้วันที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับกับบริการระบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้ายืนยันปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติตามเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ประสงค์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมานี้เป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

[ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)

[< ย้อนกลับ](#)
[ต่อไป >](#)

- ระบุชื่อทันตแพทย์
 - กรอกชื่อทันตแพทย์ และนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อทันตภิบาล
 - กรอกชื่อทันตภิบาล และนามสกุล
 - กรอกเลขบัตรประชาชน
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- เลือกศักยภาพและความพร้อม
- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >>](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.9) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านกายภาพ

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

นักกายภาพบำบัด (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อนักกายภาพบำบัด *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำคัญงาน กำหนด และศักยภาพในการจัดบริการ	☒ มี ☐ ไม่มี	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคอมพิวเตอร์ที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ	☒ มี ☐ ไม่มี	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะจัดบริการตามที่ได้ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ มี ☐ ไม่มี	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ได้ตกลง	☒ มี ☐ ไม่มี	
26 แสดงช่วงเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือ แยกออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ มี ☐ ไม่มี	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ มี ☐ ไม่มี	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษา ระบบ การส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ มี ☐ ไม่มี	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ มี ☐ ไม่มี	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ มี ☐ ไม่มี	

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อมูลข้าพเจ้าในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมานี้เป็นความจริงทุกประการ

(กรุณารอก่อนข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ
ย้อนกลับ
ต่อไป >

- ระบุชื่อนักกายภาพบำบัด
 - กรอกชื่อนักกายภาพบำบัด และนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม เพิ่ม
- เลือกศักยภาพและความพร้อม

- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.10) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย

Hospital registration (HRA)

สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

ข้อมูลจุด/มาตรฐานอ้างอิง

ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลในข้อมูลจุด/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อแพทย์แผนไทย *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

Full Time

Part Time

เพิ่ม

สาขา *

กรุณาเลือกสาขาวิชาชีพ

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบพจนานุกรมสำเนาในระบบอีกร้อย)

1. ปีที่ก่อตั้ง 1 หน้า 1-2 ไม่ต้องใส่ชื่อเลขที่ตรวจประเมิน

2. ปีที่ก่อตั้ง 2 ปี 2-3-4-5-6 และมากกว่า 6 และชื่อผู้ประเมินหน้า 25

3. ไม่ต้องกรอกข้อมูลส่วนที่ 3 และ 4

(กรณียื่นขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่เป็นการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทยจะยังไม่ต้องแนบพจนานุกรมสำเนาในระบบอีกร้อย)

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

Full Time

Part Time

เพิ่ม

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทย *

นามสกุล *

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน *

Full Time

Part Time

เพิ่ม

จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

Full Time จำนวน (คน) *

Part Time จำนวน (คน) *

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ

ศักยภาพและความพร้อม

รายละเอียดเพิ่มเติม

2.1 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่ทำประกันสุขภาพหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำคัญอื่น ๆ ที่แนบ และมีความพร้อมในการให้บริการ

ใช่

ไม่ใช่

ผ่านการอบรม

2.3 กรณีมีศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ไม่ใช่สถานพยาบาลให้บริการต่าง 2.2 ชื่อผู้มีสิทธิบริการที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานประกอบการ หรือบริการหรือกิจกรรมที่ให้บริการ

ใช่

ไม่ใช่

จำนวน

คน

2.4 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญสูง ที่ให้บริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม

ใช่

ไม่ใช่

ผ่านการอบรม

2.5 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่ทันสมัยและเพียงพอสำหรับ บริการตามที่ตกลง

ใช่

ไม่ใช่

2.6 แสดงวันเวลาในการให้บริการวันที่เปิดให้บริการได้ก่อนจ่ายค่าเงิน และนอกเวลาให้บริการตามที่ตกลงก่อนจ่ายค่าเงิน

ใช่

ไม่ใช่

ระบุเวลาให้บริการ

2.7 ต้องมีพื้นที่ที่สะดวกต่อการให้บริการ หรือให้บริการ ผ่านช่องทางที่สะดวกต่อการให้บริการของผู้มีสิทธิ

ใช่

ไม่ใช่

2.8 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่ทันสมัยและเหมาะสมกับ การส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

ใช่

ไม่ใช่

2.9 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ใช่

ไม่ใช่

2.10 มีระบบการตรวจประเมิน

ใช่

ไม่ใช่

ข้าพเจ้าฉันมีปฏิญาณ กฎหมาย ข้อบังคับ และระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และยอมรับว่าข้อมูลความรู้ที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นความจริงและเป็นประโยชน์แก่การขึ้นทะเบียน และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงถูกต้องประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพจนานุกรมสำเนาในระบบอีกร้อย)

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

- ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทย
 - กรอกชื่อแพทย์แผนไทย และนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - เลือกสาขาวิชาชีพ ดังนี้
 - ประเภทเวชกรรมไทย
 - ประเภทการผดุงครรภ์ไทย
 - ประเภทการนวดไทย
 - ประเภทเภสัชกรรมไทย
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์
 - กรอกชื่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทย
 - กรอกชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และนามสกุล
 - กรอกหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กรอกจำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย
 - กรอกจำนวนคนที่ทำ Full Time
 - กรอกจำนวนคนที่ทำ Part Time
- เลือกศักยภาพและความพร้อม
- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ความเป็นศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.11) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ขย.5)

วันที่อนุญาต *

วันที่หมดอายุ *

เภสัชกรผู้ดำเนินการ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อเภสัชกรผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำหนดและยึดถือในการจัดการขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และยึดถือในการจัดการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่ให้บริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะให้บริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับกับระบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำคัญงานกำหนดและการจัดการรักษาพยาบาลของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือข้อคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาให้เป็นความจริงทุกประการ

(กรุณกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพอร์ทัลกับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

◀ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶

- ข้อมูลการอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน(แบบ ขย.5) โดยให้เลือกว่าวันที่อนุญาต และวันที่หมดอายุ
- ระบุชื่อเภสัชกรผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อเภสัชกร และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ

○ เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time

○ หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม

เพิ่ม

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.12) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ผู้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

Full Time

Part Time

เพิ่ม

สาขา *

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบประเมิน

ศักยภาพและความพร้อม

รายละเอียดเพิ่มเติม

21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ

23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ

24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะจัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม

25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง

26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้คืนได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน

27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ

28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือข้อคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ปัสติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลแบบฟอร์ม และแนบไฟล์กลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

ย้อนกลับ

ต่อไป >

- ระบุชื่อผู้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ/หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.13) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- ไม่มีการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.14) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ข้อมูลการอนุญาตเปิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

วันที่อนุญาต *

วันที่หมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อผู้ดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่ใช่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะจัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับกับบริการระบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการวัดการรักษาคความพึงพอใจ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้ายืนยันปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือข้อคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมานี้เป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพอร์ทัลกับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และ ประเมินศักยภาพ

◀ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶

- ระบุข้อมูลการอนุญาตเปิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยระบุวันที่อนุญาตและวันที่หมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

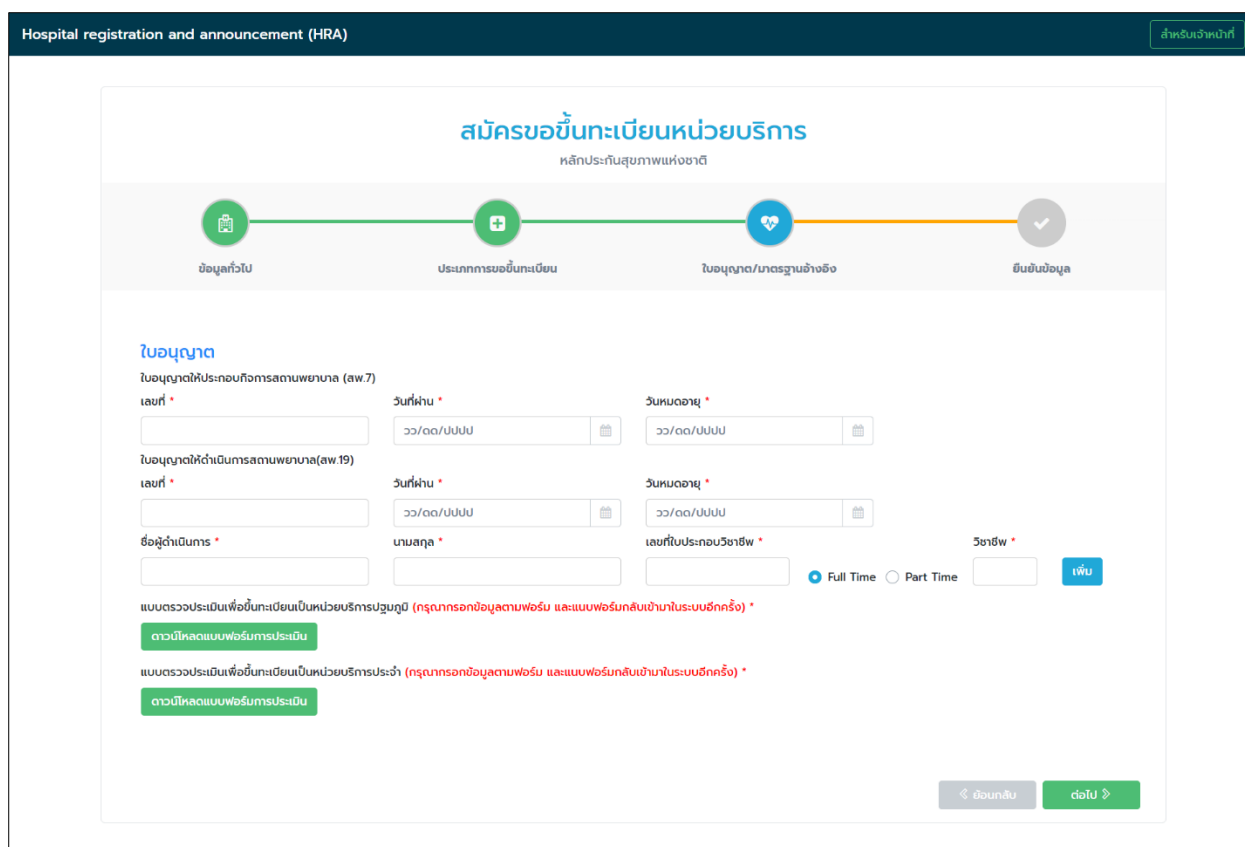
(3.15) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ไม่มีการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

2.7 ขั้นตอนการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง กรณีเป็นหน่วยงานเอกชน

ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิงต่าง ๆ โดยแสดงเงื่อนไขตามการเลือกประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) กรณีหน่วยงานเอกชน : หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ



The screenshot shows the 'Hospital registration and announcement (HRA)' system interface. The main heading is 'สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ' (Apply for service unit registration). Below the heading is a progress bar with four steps: 1. ข้อมูลทั่วไป (General Information), 2. ประเภทการขอขึ้นทะเบียน (Type of registration), 3. ใบนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง (License/Reference standards), and 4. ยืนยันข้อมูล (Confirm information). The third step is currently active.

The form is titled 'ใบนุญาต' (License) and contains two sections for license information:

- ใบนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)** (License to operate a health service facility (Sph.7)): Includes fields for 'เลขที่' (Number), 'วันที่ผ่าน' (Valid until), and 'วันหมดอายุ' (Expiration date).
- ใบนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.19)** (License to operate a health service facility (Sph.19)): Includes fields for 'เลขที่' (Number), 'วันที่ผ่าน' (Valid until), and 'วันหมดอายุ' (Expiration date).

Below these sections are fields for 'ชื่อผู้ดำเนินการ' (Operator name), 'นามสกุล' (Surname), 'เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ' (Professional registration number), and 'วิชาชีพ' (Profession). There are also radio buttons for 'Full Time' and 'Part Time'.

At the bottom, there are two green buttons: 'ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน' (Download evaluation form) and 'ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน' (Download evaluation form). There are also navigation buttons: '< ย้อนกลับ' (Back) and 'ต่อไป >' (Next).

- ใบนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ

- หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- คำนวณโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง
 - แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (กรณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *
 - กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
 - ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- คำนวณโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง
 - แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ (กรณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *
 - กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
 - ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(2) กรณีหน่วยงานเอกชน : หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time

เพิ่ม

การรับส่งต่อทั่วไป

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ข้อมูลมาตรฐานที่ได้รับ โปรดระบุ

☒ ISO

☒ TQM

☒ JCI

☒ HA (ชั้น3)

วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป
วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป
วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป
วันที่ผ่าน * วว/ดด/ปปปป	วันที่หมดอายุ * วว/ดด/ปปปป

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

◀ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกว่าวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกว่าวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ

- หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (กรอกข้อมูลมาตรฐานที่ได้รับ)
 - กรณีได้รับมาตรฐาน ISO ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
 - กรณีได้รับมาตรฐาน TQM ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
 - กรณีได้รับมาตรฐาน JCI ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
 - กรณีได้รับมาตรฐาน HA(ชั้น 3) ให้เลือก ☒ จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ
- ดาวโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป โดยให้ดาวโหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป (กรุณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

 - กดปุ่ม [ดาวโหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
 - ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3) กรณีหน่วยงานเอกชน : หน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้าน

(3.1) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านฟอกไต(HD)

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

การรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

☒ เฉพาะ ICU

 เฉพาะ

การรับรองของตรศ.

วันที่ผ่าน

วันที่หมดอายุ

จำนวนหน่วยย่อย (Station) ที่เปิดให้บริการ *

เตียงที่เปิดให้บริการแต่ละ Station *

แบบนี้เป็นสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (กรณารอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

◀️ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶️

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม เพิ่ม

- กรณีมีเตียง ICU ให้เลือก ☒ จากนั้น กรอกจำนวนเตียง
- การรับรอง ตรต. วันที่ผ่าน/วันที่หมดอายุ
- จำนวนหน่วยย่อย (Station) ที่เปิดให้บริการ
- เตียงที่เปิดให้บริการแต่ละ Station
- ดาวน์โหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
บริการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้
ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการ
แนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง

○ กดปุ่ม

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป (กรุณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

○ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

ต่อไป >

- กดปุ่ม เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.2) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

Full Time ☒ Part Time ☐
เพิ่ม

แบบการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด
 แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ (กรุณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

◀ กลับ
ต่อไป >

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ดาวโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
ผ่าตัดหัวใจ โดยให้ดาวโหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์
เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีก
ครั้ง
 - กดปุ่ม
แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *
[ดาวโหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
 - ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- กดปุ่ม [ต่อไป >>](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.3) กรณีเป็นหน่วยบริการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI 1 และ 2

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time

แบบการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
 แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 และ PCI ระดับ 2 (กรณารอกใบอนุญาตแพทย์ และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม เพิ่ม
- ดาวน์โหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 และ PCI ระดับ 2 โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง
 - กดปุ่ม

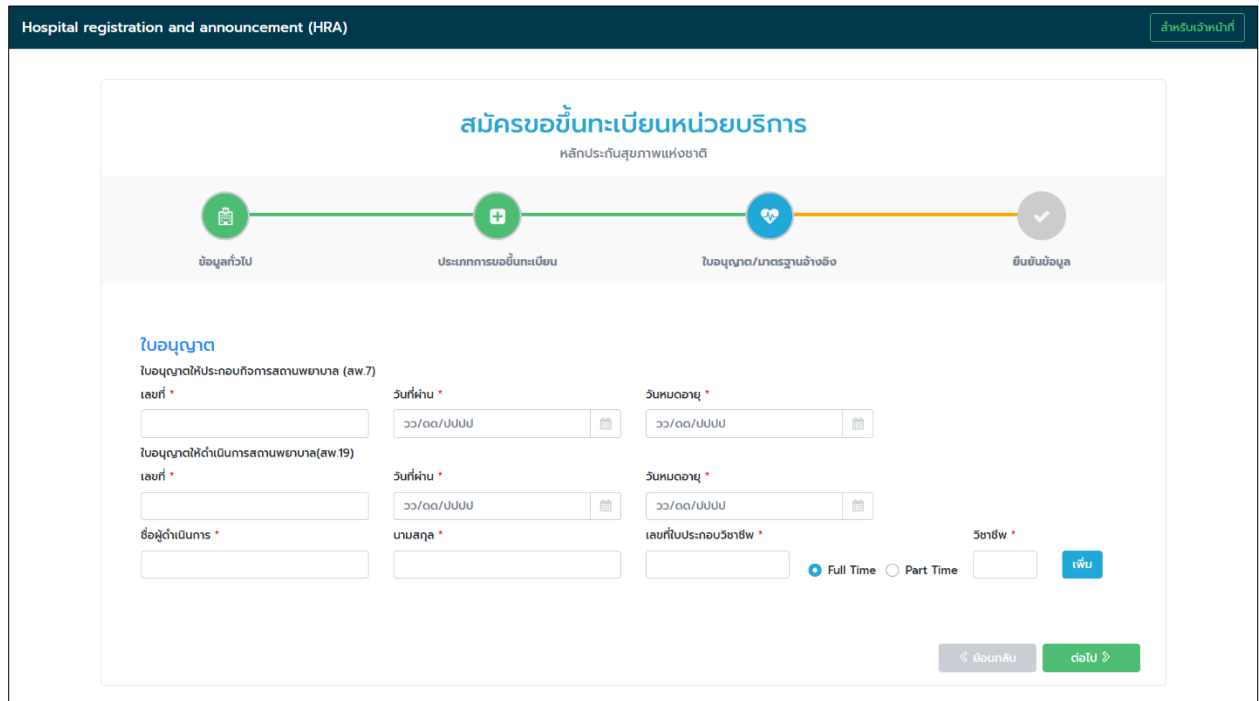
แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 และ PCI ระดับที่ 2 (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน

○ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.4) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน HSCT



- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)

- กรอกเลขที่
- เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)

- กรอกเลขที่
- เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ

- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ

- กรอกชื่อ และนามสกุล
- กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
- เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
- กรอกสาขาวิชาชีพ
- หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.5) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป ประกาศการขอขึ้นทะเบียน ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
เลขที่ * วันที่ผ่าน * วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)
เลขที่ * วันที่ผ่าน * วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ * นามสกุล * เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ * วิชาชีพ * ☒ Full Time ☐ Part Time

แบบการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้วยโรคมะเร็ง
แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา(กรณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม
- ดาวน์โหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา โดยให้ดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง
 - กดปุ่ม

แบบการประเมินสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา(กรณกรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

○ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file

- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.6) กรณีเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป ประกาศการขอขึ้นทะเบียน ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)

เลขที่ * วันที่ผ่าน * วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.19)

เลขที่ * วันที่ผ่าน * วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ * นามสกุล * เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ * ☒ Full Time ☐ Part Time

การรับรองมาตรฐานด้านเทคนิคการแพทย์

การรับรอง LA ☒ ขอรับรอง ☐ ไม่ขอรับรอง

วันที่ผ่าน * วันที่หมดอายุ *

การรับรอง ISO 15189 ☒ ขอรับรอง ☐ ไม่ขอรับรอง

วันที่ผ่าน * วันที่หมดอายุ *

การรับรองมาตรฐานอื่นๆ กรุณาการรับรอง *

วันที่ผ่าน * วันที่หมดอายุ *

นักเทคนิคการแพทย์ (ถ้าไม่ต้องการระบุตำแหน่ง)

ชื่อนักเทคนิคการแพทย์ * นามสกุล * เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ * ☒ Full Time ☐ Part Time

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (กรณีสถานกักกันโรคตามพ.ร.บ. และแบบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

[ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)

[< ย้อนกลับ](#) [ต่อไป >](#)

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)

- กรอกเลขที่
- เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)

- กรอกเลขที่
- เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ

- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ

- ☐ กรอกชื่อ และนามสกุล
- ☐ กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
- ☐ เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
- ☐ กรอกสาขาวิชาชีพ
- ☐ หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กรณีมีการรับรอง LA ให้เลือก ☒ **ขอรับรอง** จากนั้นเลือก วันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ หากไม่มีการรับรอง ให้เลือก ☐ **ไม่ขอรับรอง**
- กรณีมีการรับรอง ISO 15189 ให้เลือก ☒ **ขอรับรอง** จากนั้นเลือก วันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ หากไม่มีการรับรอง ให้เลือก ☐ **ไม่ขอรับรอง**
- หากมีการรับรองอื่นๆ ให้ระบุการรับรอง จากนั้นเลือกวันที่ผ่าน และวันที่หมดอายุ



หมายเหตุ

การรับรองมาตรฐานด้านเทคนิคการแพทย์ การรับรองต้องมีการรับรองอย่างน้อย 1 รายการ

- ระบุชื่อนักเทคนิคการแพทย์
 - ☐ กรอกชื่อนักเทคนิคการแพทย์ และนามสกุล
 - ☐ กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - ☐ เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - ☐ หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ดาวนโหลดแบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ โดยให้ดาวนโหลดแบบฟอร์มให้ครบถ้วน จากนั้นให้ดำเนินการจัดทำไฟล์เป็นรูปแบบ PDF file แล้วนำมาอัปโหลดเข้าในระบบขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารอีกครั้ง
 - ☐ กดปุ่ม [ดาวนโหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)
 - ☐ ระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

[ดาวนโหลดแบบฟอร์มการประเมิน](#)

(3.7) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเวชกรรม

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

หมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

หมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ผู้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน (ถ้าไม่ได้จดทะเบียนค่าจ้าง)

ชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำหนดและหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ	☒ มี ☐ ไม่มี	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ	☒ มี ☐ ไม่มี	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ มี ☐ ไม่มี	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ มี ☐ ไม่มี	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้คนไข้ได้อย่างชัดเจนหรือ แฝงออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ มี ☐ ไม่มี	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ มี ☐ ไม่มี	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ มี ☐ ไม่มี	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งานและส่งออกข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ มี ☐ ไม่มี	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ มี ☐ ไม่มี	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูล ข้อมูลเบื้องต้น ระบุประเภท หลักเกณฑ์หรือคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติตามเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงถูกต้องประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพยานหลักฐานเข้าในระบบอีกครั้ง)*

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

- กรอกเลขที่
- เลือกรวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- เลือกศักยภาพและความพร้อม
- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >>](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร



หมายเหตุ

หากมีการระบุชื่อผู้ดำเนินการมาแล้ว ไม่ต้องระบุซ้ำในส่วน of ชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน

(3.8) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

Hospital registration and announcement (HRA)

สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
เลขที่ *

วันหมดอายุ *
วว/ดด/ปปปป

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.19)
เลขที่ *

วันหมดอายุ *
วว/ดด/ปปปป

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

5자리 *

Full Time

Part Time

เพิ่ม

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ทันตแพทย์ผู้ดำเนินการ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)
ชื่อทันตแพทย์ผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

Full Time

Part Time

เพิ่ม

รายชื่อทันตภิบาล (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)
ชื่อทันตภิบาล

นามสกุล

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

Full Time

Part Time

เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบประเมิน

ศักยภาพและความพร้อม

รายละเอียดเพิ่มเติม

21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำคัญงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ

ใช่

ไม่ใช่

ผ่านการอบรม

23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่ใช่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องเป็นผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ

ใช่

ไม่ใช่

จำนวน

คน

24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่ะจัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม

ใช่

ไม่ใช่

ผ่านการอบรม

25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง

ใช่

ไม่ใช่

26 แสดงต่อเวลาในการให้บริการไว้ในพื้นที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือ แฝงออกด้านเงินบนนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน

ใช่

ไม่ใช่

ระยะเวลาให้บริการ

27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการมารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ

ใช่

ไม่ใช่

28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

ใช่

ไม่ใช่

29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และข้อมูล หรือรายงานงานที่สำคัญงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ใช่

ไม่ใช่

210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน

ใช่

ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอมติปฏิบัติงาน กฎหมาย ข้อบังคับ ระบบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และข้อรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการ พร้อมที่จะเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

ย้อนกลับ

ต่อไป

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อทันตแพทย์
 - กรอกชื่อทันตแพทย์ และนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อทันตภิบาล
 - กรอกชื่อทันตภิบาล และนามสกุล
 - กรอกเลขบัตรประชาชน
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- เลือกศักยภาพและความพร้อม
- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >>](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.9) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านกายภาพ

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

☒ Full Time ☐ Part Time เพิ่ม

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

นักกายภาพบำบัด (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อนักกายภาพบำบัด *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

☒ Full Time ☐ Part Time เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำหนดและมีการรับรองมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะจัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้คนไข้ได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษา ระบบ การส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้าขอมติปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือข้อคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และหรือรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพ่อกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และ ประเด็นศักยภาพ

◀️ กลับ
ต่อไป ▶️

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อนักกายภาพบำบัด
 - กรอกชื่อนักกายภาพบำบัด และนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- เลือกศักยภาพและความพร้อม
- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.10) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

วิชาชีพ *

☐ Part Time

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยแผนไทย (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อแพทย์แผนไทย *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

☐ Part Time

สาขา *

กลุ่มงานเลือกสาขาวิชาชีพ

แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (กรุณากรอกข้อมูลตามฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง) *

- บันทึกส่วนที่ 1 หน้า 1-2 ไม่ต้องใส่ชื่อคณะกรรมการผู้ตรวจประเมิน
- บันทึกส่วนที่ 2 ชื่อ ม.2-8, ม.3-7 ม.5-2-6 และแนว 6 และชื่อผู้ประเมินหน้าที่ 25
- ไม่ต้องกรอกข้อมูลส่วนที่ 3 และ 4

(กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยจะส่งแบบฟอร์มเดียวกันกับหน่วยบริการปฐมภูมิ)

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มประเมิน

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยแผนไทยประยุกต์ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ *

นามสกุล *

เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ *

☐ Part Time

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทย *

นามสกุล *

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน *

☐ Part Time

จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

Full Time จำนวน (คน) *

Part Time จำนวน (คน) *

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่กำหนด และมีศักยภาพในการให้บริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการทางการแพทย์ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่ให้บริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะให้บริการตามที่กล่าวโดยแหล่งหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการศึกษา	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ รับบริการตามที่กล่าว	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้บนป้ายโฆษณาที่เปิดเผยให้ผู้ใช้บริการได้มองเห็น และออกดำเนินการตามที่ได้แจ้งไว้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระบุเวลาให้บริการ
27 ต้องมีพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานของบริการกับหน่วยบริการประจำได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และเชื่อมโยง หรือรายงานตัวที่สำคัญงานทั้งหมดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
2.10 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้าเป็นนิติบุคคล กุญหมาย องค์กร หน่วยงาน รัฐบาล หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ประสงค์ขออนุญาตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อมูลข้าพเจ้าเป็นจริงและเป็นประโยชน์แก่ระบบ เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงถูกต้อง

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

← ย้อนกลับ

ต่อไป →

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย
 - กรอกชื่อแพทย์แผนไทย และนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - เลือกสาขาวิชาชีพ ดังนี้
 - ประเภทเวชกรรมไทย
 - ประเภทการผดุงครรภ์ไทย
 - ประเภทการนวดไทย
 - ประเภทเภสัชกรรมไทย
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์
 - กรอกชื่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time

- หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทย
 - กรอกชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และนามสกุล
 - กรอกหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กรอกจำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย
 - กรอกจำนวนคนที่ทำ Full Time
 - กรอกจำนวนคนที่ทำ Part Time
- เลือกศักยภาพและความพร้อม
- กดปุ่ม [ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.11) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ขย.5)

วันที่อนุญาต *

วันที่หมดอายุ *

เภสัชกรผู้ดำเนินการ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อเภสัชกรผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานกำกับดูแลหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่ให้บริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงจรรยาบรรณในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้สืบได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามสำเนาที่กำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้ายินดียอมรับมาตรฐาน กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือระเบียบการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

(กรุณกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ

◀ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶

- ข้อมูลการอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน(แบบ ขย.5) โดยให้เลือกว่าวันที่อนุญาต และวันที่หมดอายุ
- ระบุชื่อเภสัชกรผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อเภสัชกร และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ

- ☐ เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
- ☐ หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.12) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ข้อมูลทั่วไป



ประเภทการขอขึ้นทะเบียน



ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง



ยืนยันข้อมูล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สป.19)

เลขที่ *

วันที่ผ่าน *

วันหมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

5 รายตัว *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ผู้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

สาขา *

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำหนดและหรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการวัดบริการ	☒ มี ☐ ไม่มี	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 22 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่วัดบริการ	☒ มี ☐ ไม่มี	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 22 และข้อ 23 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะวัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ มี ☐ ไม่มี	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับ วัดบริการตามที่ตกลง	☒ มี ☐ ไม่มี	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้คนได้อย่างชัดเจนหรือ แพนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ มี ☐ ไม่มี	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือวัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ มี ☐ ไม่มี	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษาแบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ มี ☐ ไม่มี	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งานและส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการวัดการรับทราบความพึงพอใจ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ มี ☐ ไม่มี	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ มี ☐ ไม่มี	

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติตามเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงไม่บิดเบือนข้อมูลขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาให้เป็นความจริงทุกประการ

(กรุณากรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบพจนานุกรมเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และ ประเมินศักยภาพ

◀ กลับ
▶ ต่อไป

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ/หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.13) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- ไม่มีการกรอกข้อมูลมาตรฐานอ้างอิง
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.14) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

ข้อมูลใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิงที่ใช้ประกอบการขอขึ้นทะเบียน

ข้อมูลการอนุญาตเปิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

วันที่อนุญาต *

วันที่หมดอายุ *

ชื่อผู้ดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ท่านไม่ต้องระบุตำแหน่ง)

ชื่อผู้ดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ *

นามสกุล *

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *

☒ Full Time
 ☐ Part Time
 เพิ่ม

ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการ

เกณฑ์ตรวจสอบ	ศักยภาพและความพร้อม	รายละเอียดเพิ่มเติม
21 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำหนดและมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่กำหนด และมีศักยภาพในการจัดการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
23 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่ใช่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่ให้บริการ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	จำนวน คน
24 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะให้บริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ผ่านการอบรม
25 อุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับ จัดบริการตามที่ตกลง	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
26 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้ทันได้อย่างชัดเจนหรือ แผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้งตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระบุเวลาที่ให้บริการ
27 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
28 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับกับระบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้ อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
29 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือ เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูล หรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
210 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ข้าพเจ้ายืนยันปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

(กรุณกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และแนบฟอร์มกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง)*

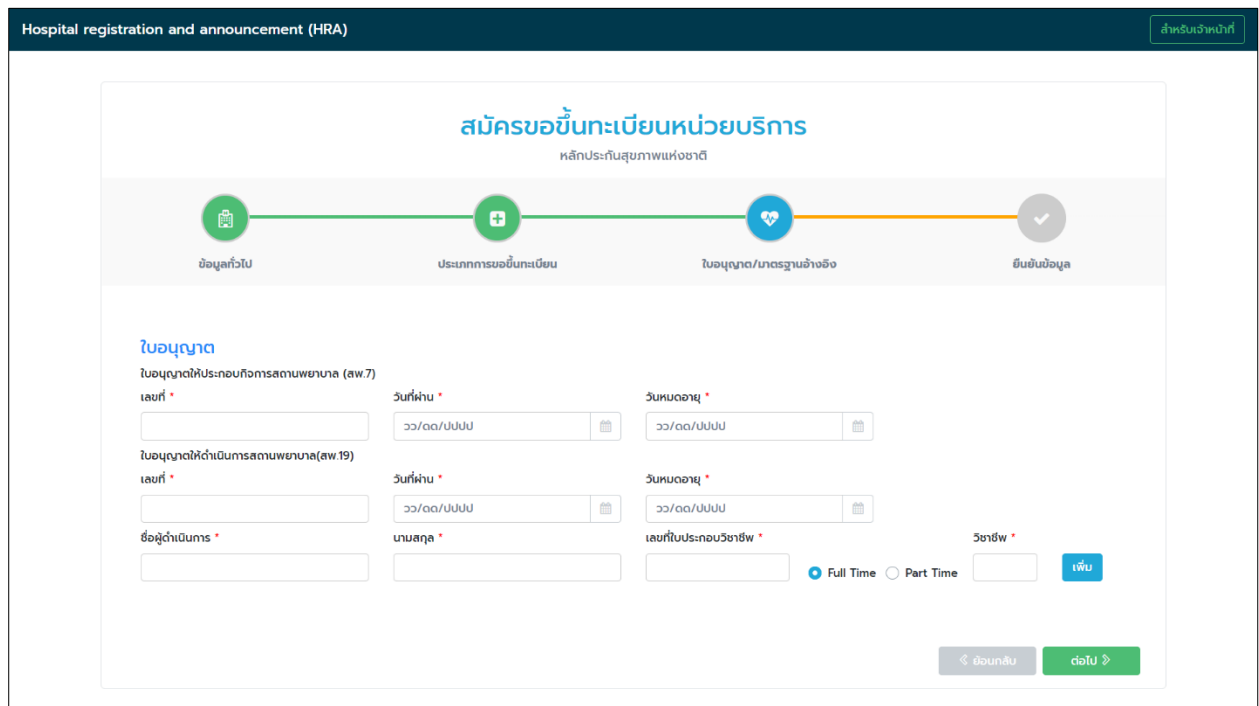
ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และ ประเมินศักยภาพ

◀ ย้อนกลับ
ต่อไป ▶

- ระบุข้อมูลการอนุญาตเปิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยระบุวันที่อนุญาต และวันที่หมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ

- เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
- กรอกสาขาวิชาชีพ
- หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

(3.15) กรณีเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
 - กรอกเลขที่
 - เลือกวันที่อนุญาต และวันหมดอายุ
- ระบุชื่อผู้ดำเนินการ
 - กรอกชื่อ และนามสกุล
 - กรอกเลขใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - กรอกสาขาวิชาชีพ
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)

- ระบุชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
 - กรอกชื่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและนามสกุล
 - กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - เลือกเป็น Full Time หรือ Part Time
 - หากมีมากกว่า 1 คน สามารถกดปุ่ม [เพิ่ม](#)
- กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อไปยังขั้นตอนการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

2.8 ขั้นตอนการแสดงผลแบบฟอร์มใบสมัคร และสรุปรายการเอกสาร

- (1) เมื่อกดปุ่ม [ต่อไป >](#) จากหน้าจอมาตรฐานอ้างอิง ระบบจะแสดงหน้าจอแสดงผลแบบฟอร์มใบสมัครสำหรับให้หน่วยบริการดาวน์โหลดไฟล์ และแสดงรายการเอกสารทั้งหมดตามการเลือกประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มการสมัคร เพื่อใช้ในการแนบส่งมาในระบบอีกครั้ง พร้อมเซ็นรับรอง

[ดาวน์โหลด PDF file](#)

เอกสารประกอบการพิจารณา (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

1. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านด้านใดด้านหนึ่ง
3. แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล
4. ภาพถ่ายหน่วยบริการ (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด)
5. รายชื่อนุกลงการปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ผนวก 2)
6. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
7. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)
8. กรณีนิติบุคคล : หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน หรือหนังสือรับรองการจัดตั้งมูลนิธิ/สมาคม/องค์กร
9. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม
10. กรณีมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
11. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ
12. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม

กดปุ่มดาวน์โหลด
เพื่อดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้

◀ อ่อนกลับ
ยืนยันข้อมูล >

- (2) กดปุ่ม  ดาวน์โหลด PDF file เพื่อทำการดาวน์โหลดไฟล์แบบฟอร์มใบสมัคร โดยระบบจะแสดงไฟล์เอกสารในรูปแบบ PDF file



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. รายละเอียดสถานบริการ

1.1 ข้อมูลทั่วไป:

ชื่อ โรงพยาบาลจีเนียสทรี..... รหัสสถานบริการ (5 หลัก)

สถานที่ตั้งเลขที่.....293.....หมู่ที่.....02.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง ปากเกร็ด.....อำเภอ/เขต ปากเกร็ด.....จังหวัด นนทบุรี.....

รหัสไปรษณีย์.....11120..... โทรศัพท์ 088-888-8888.....โทรสาร.....

email.....geniustreehospital@gmail.com.....

1.2 ประเภทสถานบริการ:

สังกัดหลักของหน่วยบริการ เอกชน

สังกัดย่อยของหน่วยบริการ คลินิก (เอกชน)

1.3 เขตที่ขอขึ้นทะเบียน:

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

2. ประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

☒ หน่วยบริการปฐมภูมิ

☒ หน่วยบริการประจำ

- (3) หากต้องการแก้ไขข้อมูล ให้กดปุ่ม

◀ ย้อนกลับ

- (4) กดปุ่ม  ยืนยันข้อมูล > เพื่อยืนยันการแสดงเอกสารใบสมัคร และการสรุปเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อนำไปอัปโหลดในขั้นตอนถัดไป

(5) โดยระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการยืนยันการอัปโหลดไฟล์เอกสาร

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่ยังอยู่ระหว่างเตรียมเอกสาร ท่านสามารถทำการปิดหน้าต่าง และหากต้องการกลับมาแนบเอกสาร
ท่านสามารถกด Link ด้านนี้เพื่อกลับมาแนบเอกสารได้อีกครั้ง

ต้องการแก้ไขข้อมูลการสมัคร
ขอขึ้นทะเบียน

อัปโหลดไฟล์เอกสาร

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 13/12/2564 10:30:26 น.

ติดต่อเรา
 เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
 เบอร์โทร 02-141-4000 (เวลาราชการ)
 Fax 02-143-9730-1
 Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ยอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

(6) กดปุ่ม

ต้องการแก้ไขข้อมูลการสมัคร
ขอขึ้นทะเบียน

หากต้องการกลับไปแก้ไขข้อมูลในส่วนต่าง ๆ

(7) กดปุ่ม

อัปโหลดไฟล์เอกสาร

เพื่อไปยังหน้าจอสำหรับการอัปโหลดไฟล์เอกสาร



หมายเหตุ

สามารถปิดหน้าจอเพื่อไปดำเนินการจัดเตรียมเอกสารได้ หากต้องการเข้ามาเพื่อแก้ไขหรืออัปโหลด
ไฟล์เอกสาร ท่านสามารถกด Link ที่ระบบได้ดำเนินการส่งผ่านอีเมลผู้บันทึกข้อมูล เพื่อมายังระบบสมัครใหม่
ได้อีกครั้ง

2.9 ขั้นตอนการแนบไฟล์เอกสารประกอบการพิจารณา

- (1) เมื่อกดปุ่ม **ยืนยันข้อมูล** > จากหน้าจอการแสดงผลรายการเอกสารหรือกด link ผ่านอีเมลของผู้บันทึกข้อมูล ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการอัปโหลดไฟล์เอกสาร โดยระบบจะแสดงรายการเอกสารตามประเภทที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งจะต้องแนบไฟล์ตามเงื่อนไขให้ครบถ้วน

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลทั่วไป

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

ยืนยันข้อมูล

อัปโหลดเอกสาร

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มการสมัคร เพื่อใช้ในการแนบกับใบในระบบอีกครั้ง พร้อมเซ็นรับรอง

ดาวน์โหลด PDF file

เอกสารประกอบการพิจารณา (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

1. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านด้านใดด้านหนึ่ง
3. แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล
4. ภาพถ่ายหน่วยบริการ (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด)
5. รายชื่อนักการผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (แนวก 2)
6. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
7. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)
8. กรณีนิติบุคคล : หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน หรือหนังสือรับรองการจัดตั้งมูลนิธิ/สมาคม/องค์กร
9. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม
10. กรณีมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
11. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ
12. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

แนบไฟล์

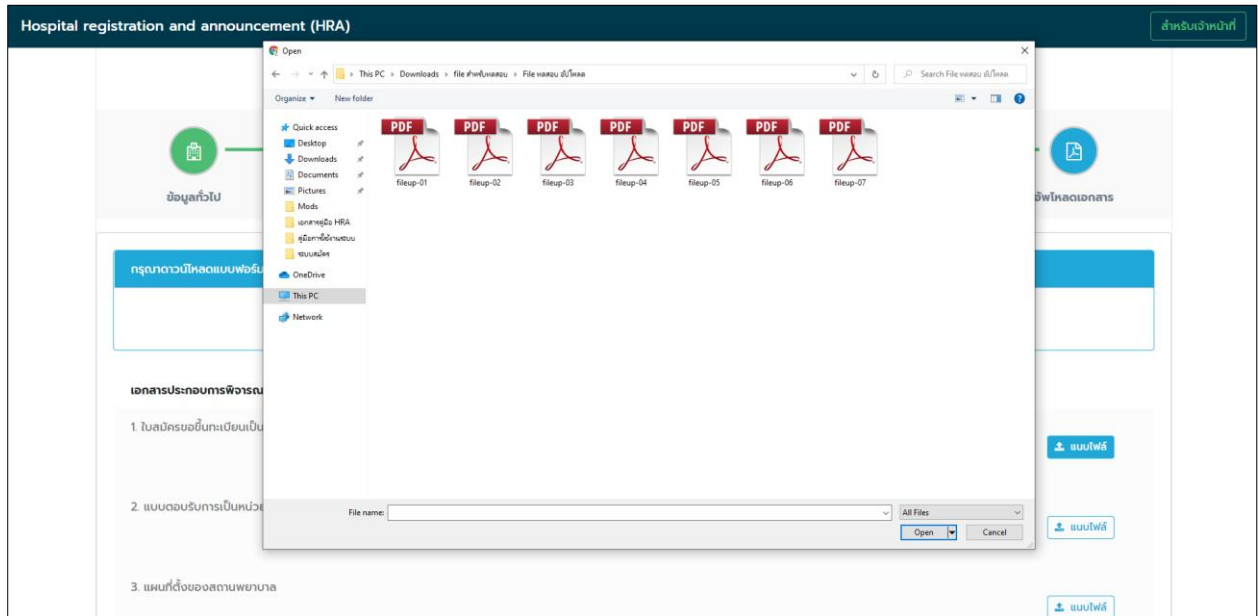
แนบไฟล์

แนบไฟล์

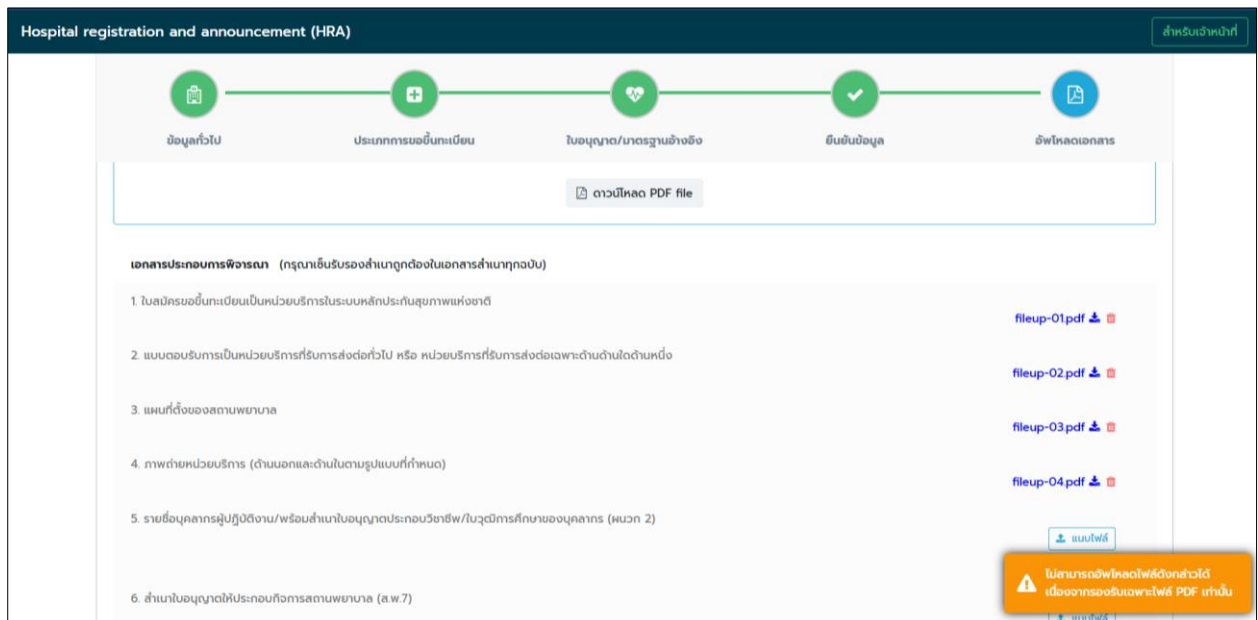
ย้อนกลับ
ยืนยันข้อมูล >

(2) การแนบไฟล์เอกสาร

- กดปุ่ม  **แนบไฟล์** ในแต่ละประเภทไฟล์เอกสาร



- เลือกไฟล์จากเครื่องคอมพิวเตอร์ และนำเข้าระบบ โดยรูปแบบไฟล์ที่นำเข้าในระบบสามารถนำไฟล์รูปแบบ PDF ได้เท่านั้น



(3) เมื่ออัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้วและครบถ้วน ให้กดปุ่ม **ยืนยันข้อมูล** เพื่อดำเนินการยืนยันข้อมูล
จัดส่งให้เจ้าหน้าที่สปสช.ส่วนกลาง ดำเนินการขั้นตอนต่อไป

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล


อัปโหลดเอกสาร

กรุณาอัปโหลดแบบฟอร์มการสมัคร เพื่อใช้ในการแนบกับใบในระบบอีกครั้ง พร้อมเซ็นรับรอง

 ดาวน์โหลด PDF file

เอกสารประกอบการพิจารณา (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

1. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ fileup-01.pdf 
2. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านด้านใดด้านหนึ่ง fileup-02.pdf 
3. แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล fileup-03.pdf 
4. ภาพถ่ายหน่วยบริการ (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด) fileup-04.pdf 
5. รายชื่อนุกลงการผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (แนวก 2) fileup-05.pdf 
6. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) fileup-06.pdf 
7. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) fileup-07.pdf 
8. กรณีนิติบุคคล : หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติ/สมาคม/องค์กร dummy.pdf 
9. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม pdf-test.pdf 
10. กรณีมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ test.pdf 
11. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ Test_PDF - Copy.pdf 
12. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ Test_PDF.pdf 

« กลับ
ยืนยันข้อมูล »

หากกดปุ่มยืนยันข้อมูลในขั้นตอนนี้
ข้อมูลจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่ สปสช. ทันที

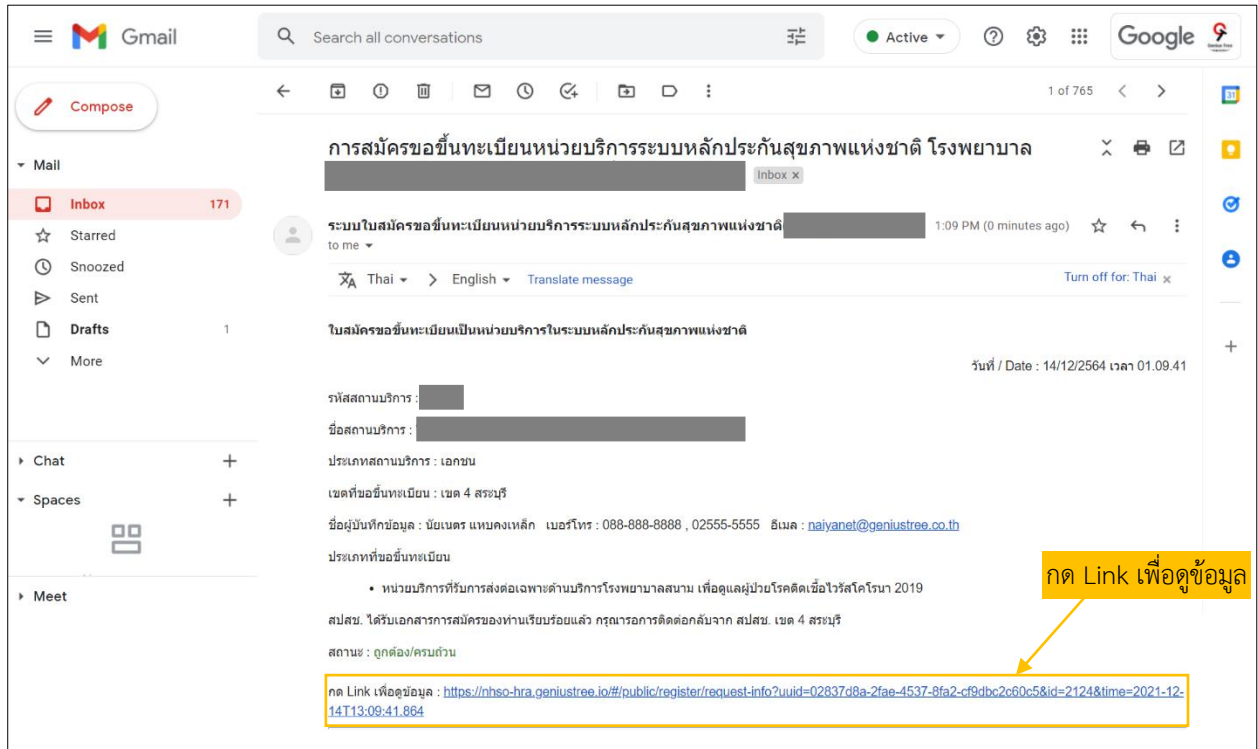


หมายเหตุ

หากมีรายการต้องปรับปรุงแก้ไข หรือผ่านการพิจารณา ระบบจะดำเนินการจัดส่ง และแจ้งผ่านอีเมล
ของผู้บันทึกข้อมูลที่ท่านได้ระบุไว้

3. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง พิจารณา ครบถ้วน/ถูกต้อง

- (1) เมื่อเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง ดำเนินการพิจารณาเอกสารการสมัคร และข้อมูลการสมัครทั้งหมดแล้ว ระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมล เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบ



การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล

ระบบใบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1:09 PM (0 minutes ago)

Thai > English Translate message Turn off for Thai x

ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ / Date : 14/12/2564 เวลา 01.09.41

รหัสสถานบริการ : [REDACTED]

ชื่อสถานบริการ : [REDACTED]

ประเภทสถานบริการ : เอกชน

เขตที่ขอขึ้นทะเบียน : เขต 4 สระบุรี

ข้อมูลผู้ให้บริการ : บัญชีเลขหมายมือถือ เบอร์โทร : 088-888-8888 , 02555-5555 อีเมล : naiyanel@geniustree.co.th

ประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน

- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

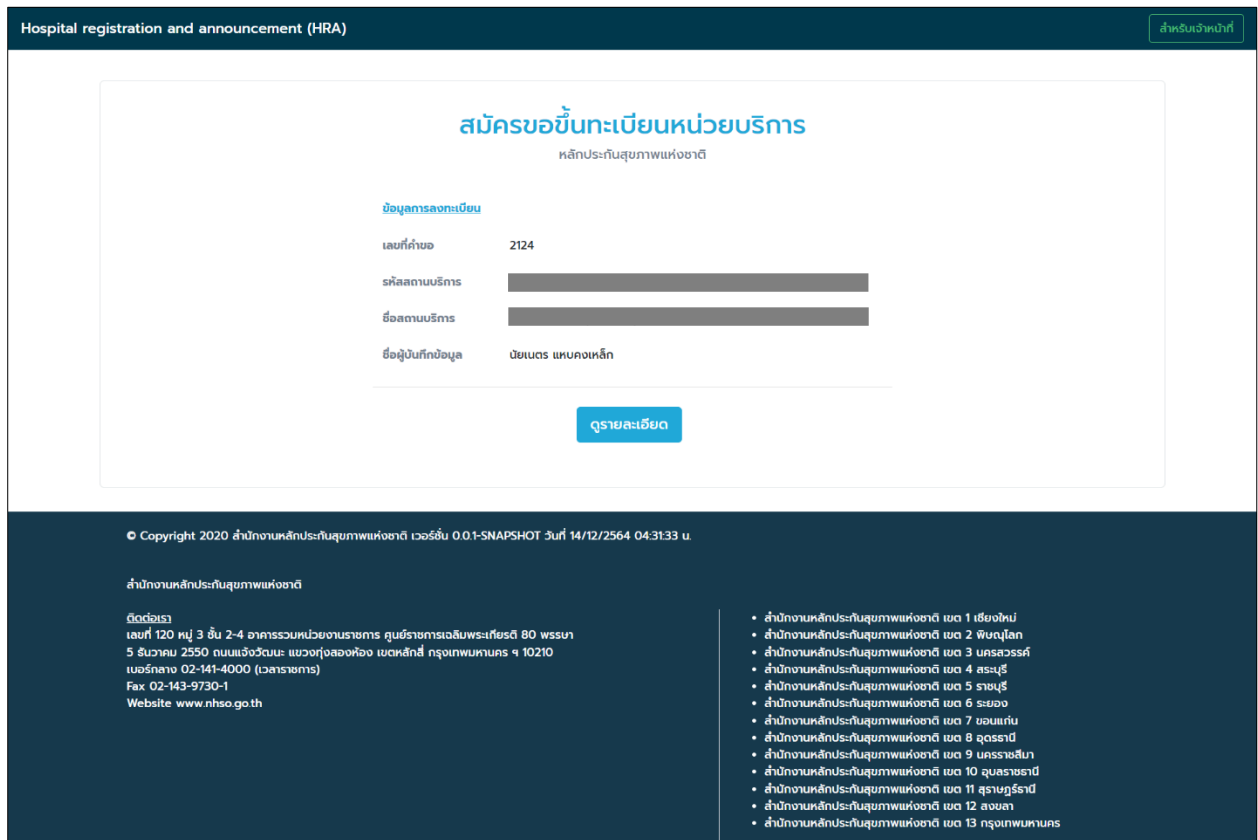
สปสช. ได้รับเอกสารการสมัครของท่านเรียบร้อยแล้ว กรุณาการติดต่อกลับจาก สปสช. เขต 4 สระบุรี

สถานะ : ถูกต้อง/ครบถ้วน

กด Link เพื่อดูข้อมูล : <https://nhso-hra.geniustree.io/#/public/register/request-info?uid=02837d8a-2fae-4537-8fa2-cf9dbc260c5&id=2124&time=2021-12-14T13:09:41.864>

กด Link เพื่อดูข้อมูล

- (2) กด Link เพื่อดูข้อมูล ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการดูรายละเอียด



Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลการลงทะเบียน

เลขที่คำขอ 2124

รหัสสถานบริการ [REDACTED]

ชื่อสถานบริการ [REDACTED]

ข้อมูลผู้ให้บริการ บัญชีเลขหมายมือถือ

ดูรายละเอียด

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 14/12/2564 04:31:33 น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา

เลขที่ 120 หมู่ 3 อื่น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

เบอร์โทร 02-141-4000 (เวลาราชการ)

Fax 02-143-9730-1

Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พะเยา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ชลบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

- (3) กดปุ่ม **ดูรายละเอียด** เพื่อเรียกดูข้อมูล โดยจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้
- แท็บข้อมูลทั่วไป

Hospital registration and announcement (I-HRA)

สำนักงานเจ้าพนักงาน

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

🏠

ข้อมูลทั่วไป

+

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

❤️

ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

📄

ศัพท์และเอกสาร

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต *

รหัสสถานบริการ(ร. รหัส)

คุณสมบัตินิติบุคคลของสถานบริการ

เลขที่ *

๙๘

เลข

-

ถนน

จังหวัด *

กรุงเทพมหานคร

อำเภอ/เขต *

คลองหลวง

ตำบล/แขวง *

คลองเตย

หมู่ที่ *

10

รหัสไปรษณีย์ *

12120

โทรศัพท์ *

-

โทรสาร

-

อีเมล *

naiyanet@geniustree.co.th

คุณสมบัตินิติบุคคลของสถานบริการ

เขตพื้นที่ ส.สอ. *

เขต 4 สระบุรี

จังหวัดที่จะยื่นทะเบียน *

1300 : กรุงเทพมหานคร

คุณสมบัติประเภทสถานบริการ

คุณสมบัตินิติ

สังกัดสิทธิออกต่อหน่วยบริการ *

0013 : เขตชน

นิติบุคคลที่ไม่ใช่ของหน่วยงานราชการ *

001302 : โรงพยาบาล (เอกชน)

คุณสมบัตินิติบุคคลกับหน่วยงานราชการ

คุณสมบัตินิติ

ข้อมูลผู้ประกอบกิจการ

☐ บุคคล/กลุ่มบุคคล

☒ นิติบุคคล

เลขทะเบียนนิติบุคคล

T00001111111111

เลขการกรมสรรพากร

ชื่อนิติบุคคล

test test

กรอกข้อมูลผู้มอบอำนาจ

ชื่อผู้มีอำนาจมอบหมาย

ชื่อผู้มีอำนาจมอบหมายลำดับที่ 1

หมายเลขมอบหมาย

ชื่อผู้รับมอบอำนาจให้ลงนาม

ชื่อผู้รับมอบอำนาจลำดับที่ 1

หมายเลขมอบหมาย

หมายเหตุ

*หากต้องการแก้ไขข้อมูลส่วนตัวท่านสามารถแก้ไขได้ที่ กระดานติดป้ายโฆษณาบนหน้าเว็บไซต์ของเจ้าหน้าที่ สปสช เพื่อทำการปรับเปลี่ยนได้

คุณสมบัตินิติบุคคลในกรณีอื่นๆ

อื่น - นานาสถา *

ปิ่นนคร อุตสาหกรรม

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

088-888-8888 , 02555-5555

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *

naiyanet@geniustree.co.th

- แท็บประเภทการขอขึ้นทะเบียน

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


อัพโหลดเอกสาร

กรุณาเลือกประเภทที่ต้องการสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

☐  หน่วยบริการปฐมภูมิ

☐  หน่วยบริการประจำ

☒  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

☒  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกไต(HD)
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ1
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านPCIระดับ2
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านH5CT
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม
 ☒  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน(ทำขึ้นทะเบียนแล้ว)
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 ☐  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ

☒  หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรุณาเลือกเงื่อนไขหน่วยบริการที่ท่านประสงค์อยากเข้าร่วมเครือข่าย

กรุณาเลือกหน่วยบริการประจำ

พิมพ์รหัสหรือชื่อหน่วยบริการ

75 | Page

- แท็บใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


อัพโหลดเอกสาร

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)

เลขที่ *	วันที่ผ่าน *	วันหมดอายุ *
1	11/11/2564	20/11/2564

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.19)

เลขที่ *	วันที่ผ่าน *	วันหมดอายุ *
11111	01/11/2564	05/11/2564

ชื่อผู้ดำเนินการ *	นามสกุล *	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ *	วิชาชีพ *
นายทดสอบ	ระบบ	ว.3311	☒ Full Time ☐ Part Time 11111

เพิ่ม

- แท็บเอกสารแนบ

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


อัพโหลดเอกสาร

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มการสมัคร เพื่อใช้ในการแนบกับใบในระบบอีกครั้ง พร้อมเซ็นรับรอง

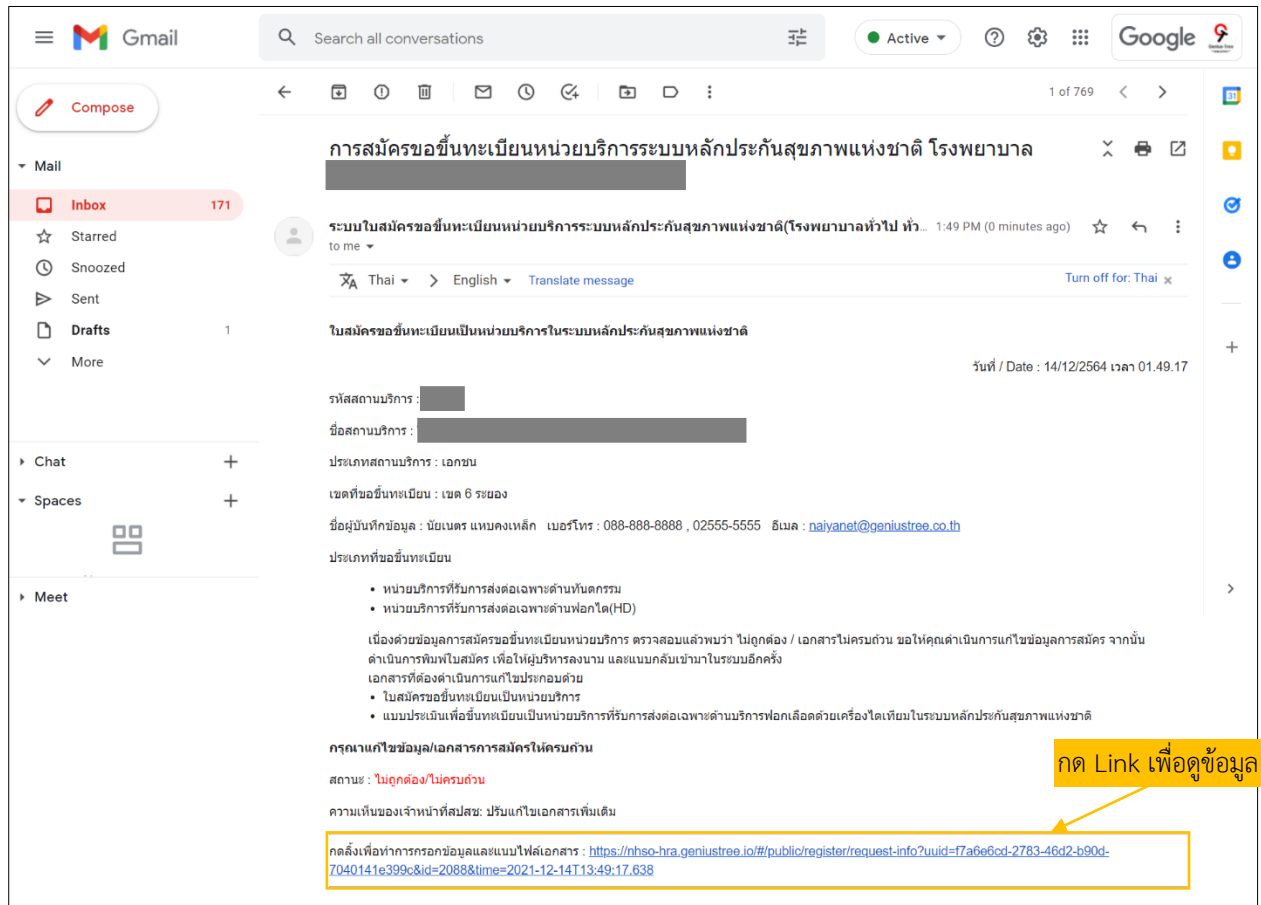
ดาวน์โหลด PDF file

เอกสารประกอบการพิจารณา (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

1. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	dummy.pdf ↓
2. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)	Test_PDF.pdf ↓
3. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ สัญญา/ข้อตกลงการให้บริการสาธารณสุขกับสถานพยาบาลอื่น เป็นต้น	TestPDFfile - Copy.pdf ↓
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม	test.pdf ↓
5. กรณีนิติบุคคล : หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล/สมาคม/องค์กร	Test_PDF.pdf ↓
6. กรณีมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ	Test_PDF - Copy.pdf ↓
7. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ	Test_PDF.pdf ↓
8. เอกสารการผ่านมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่รับรองโดย สถานะนิตการแพทย์ หรือกรมวิทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์	Test_PDF - Copy.pdf ↓
9. แบบฟอร์ม ข้อมูลหน่วยตรวจ SARS-CoV-2	Test_PDF.pdf ↓

4. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง พิจารณา ไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง และขั้นตอนการแก้ไขข้อมูล

- (1) เมื่อเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง ดำเนินการพิจารณาเอกสารการสมัคร และข้อมูลการสมัครทั้งหมดแล้ว ระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมล เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบ



การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล

ระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(โรงพยาบาลทั่วไป หัว... 1:49 PM (0 minutes ago) ☆ ↶ ⋮

to me

Thai > English Translate message Turn off for Thai x

ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ / Date : 14/12/2564 เวลา 01.49.17

รหัสสถานบริการ : [REDACTED]

ชื่อสถานบริการ : [REDACTED]

ประเภทสถานบริการ : เอกชน

เขตที่ขอขึ้นทะเบียน : เขต 6 ระยอง

ข้อมูลบันทึกข้อมูล : นายนคร แหมคงเหล็ก เบอร์โทร : 088-888-8888 , 02555-5555 อีเมล : nalyanet@geniustree.co.th

ประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน

- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม
- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกไต(HD)

เนื่องด้วยข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ตรวจสอบแล้วว่า ไม่ถูกต้อง / เอกสารไม่ครบถ้วน ขอให้ดำเนินการแก้ไขข้อมูลการสมัคร จากนั้นดำเนินการพิมพ์ใบสมัคร เพื่อให้ผู้บริหารลงนาม และแนบกลับเข้ามาในระบบอีกครั้ง

เอกสารที่ต้องดำเนินการแก้ไขประกอบด้วย

- ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ
- แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรุณาแก้ไขข้อมูล/เอกสารการสมัครให้ครบถ้วน

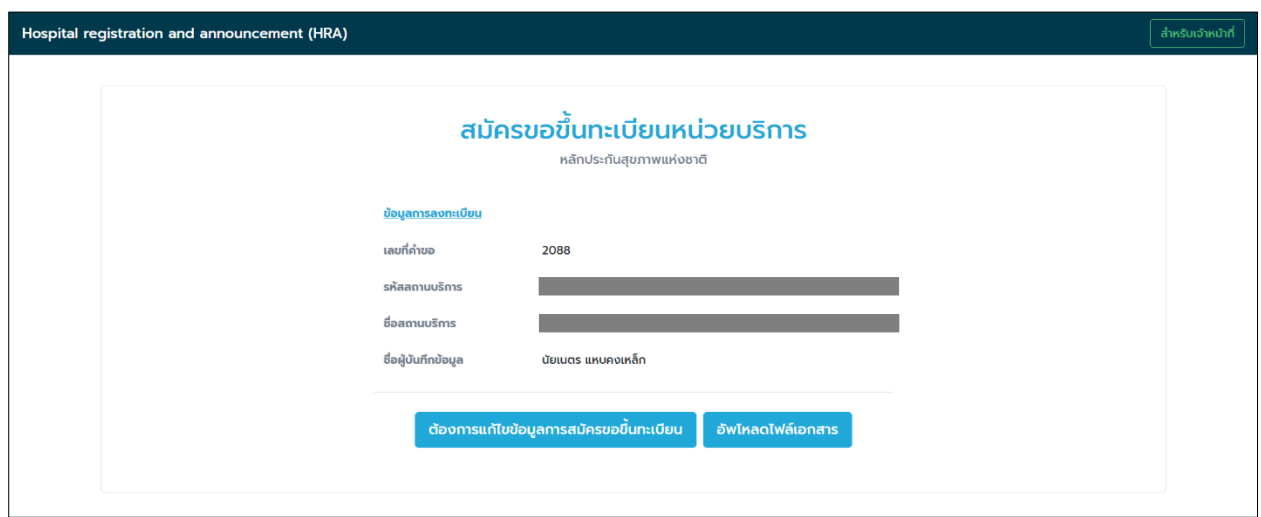
สถานะ : **ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน**

ความเห็นของเจ้าหน้าที่สปสช: ปรับแก้ไขเอกสารเพิ่มเติม

กด Link เพื่อดูข้อมูล

กดลิงก์เพื่อทำการกรอกข้อมูลและแนบไฟล์เอกสาร : <https://nhso-hra.geniustree.io/#/public/register/request-info?uuid=f7a6e6cd-2783-46d2-b90d-7040141e399c&id=2088&time=2021-12-14T13:49:17.638>

- (2) กด Link เพื่อแก้ไขข้อมูล และแก้ไขเอกสารแนบ ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการเลือกแก้ไขข้อมูล หรือแก้ไขเอกสารแนบ



Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลการลงทะเบียน

เลขที่คำขอ 2088

รหัสสถานบริการ [REDACTED]

ชื่อสถานบริการ [REDACTED]

ชื่อผู้บันทึกข้อมูล นายนคร แหมคงเหล็ก

ต้องการแก้ไขข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน อัปโหลดไฟล์เอกสาร

- (3) กดปุ่ม **ต้องการแก้ไขข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน** เพื่อแก้ไขข้อมูล โดยระบบจะแสดงในขั้นตอนข้อมูลทั่วไป ซึ่งสามารถปรับแก้ไขข้อมูลได้ทั้งหมด

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

คลิกประเภทสถานพยาบาล



ข้อมูลทั่วไป



ประเภทการขอขึ้นทะเบียน



ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง



ข้อมูลติดต่อ



ข้อมูลเอกสาร

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต *

รหัสสถานบริการ(5 หลัก)

ข้อมูลการติดต่อผู้ดูแลบริการ

เลขที่ *

ชื่อ

นาม

จังหวัด *

อำเภอ/เขต *

ตำบล/แขวง *

เลขที่ *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

โทรสาร

อีเมล *

ข้อมูลเชิงสถิติของสถานบริการ

เขตพื้นที่ สปสช. *

จังหวัดขอขึ้นทะเบียน *

ข้อมูลเชิงประจักษ์ตามบริการ

กลุ่มบริการ

สังกัดหลักของหน่วยบริการ *

ข้อมูลสังกัดของหน่วยบริการ *

กลุ่มบริการข้อมูลลักษณะสถานบริการ

ข้อมูลผู้ประสานการ

☒ บุคคล/กลุ่มบุคคล

ลำดับที่ 1

ชื่อ-นามสกุล

เบอร์โทรศัพท์

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐ นิติบุคคล

กรณีสถานประกอบการ

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อผู้มีอำนาจลงนามลำดับที่ 1

เบอร์โทรศัพท์

☐ เพิ่มชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

หมายเหตุ

*หากต้องการแก้ไขข้อมูลในส่วนที่ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้ กรุณาคลิกปุ่มแก้ไขข้อมูลเพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อทำการปรับปรุงข้อมูล

ข้อมูลการติดต่อผู้ปฏิบัติงาน

ชื่อ - นามสกุล *

อีเมล

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *

ต่อไป >

- กดปุ่ม [ต้องการแก้ไขข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน](#)
- ปรับแก้ไขข้อมูล กดปุ่ม [ต่อไป >](#) เพื่อบันทึกข้อมูลในแต่ละแท็บ
- (4) กดปุ่ม [อัพโหลดไฟล์เอกสาร](#) เพื่อแก้ไขไฟล์ ที่ทางเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง ดำเนินการสั่งให้แก้ไขไฟล์เอกสาร

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลการลงทะเบียน

เลขที่คำขอ	2088	
รหัสสถานบริการ		
ชื่อสถานบริการ		
ชื่อผู้บันทึกข้อมูล		

ต้องการแก้ไขข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน

อัพโหลดไฟล์เอกสาร

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 14/12/2564 04:31:33 น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา
เลขที่ 120 หมู่ 3 อื่น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เบอร์โทร 02-141-4000 (เวลาราชการ)
Fax 02-143-9730-1
Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 จุฬาราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

(5) ระบบแสดงหน้าจอเอกสารแนบ

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


ข้อมูลทั่วไป


ประเภทการขอขึ้นทะเบียน


ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง


ยืนยันข้อมูล


อัปโหลดเอกสาร

กรุณาอัปโหลดแบบฟอร์มการสมัคร เพื่อใช้ในการแนบกับใบในระบบอีกครั้ง พร้อมเซ็นรับรอง

ดาวน์โหลด PDF file

เอกสารประกอบการพิจารณา (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

[กรุณาแก้ไขไฟล์] 1. แบบสมัครและประเมินศักยภาพ/ความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ดาวน์โหลดไฟล์

2. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการประจำ ดาวน์โหลดไฟล์

3. แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล dummy.pdf

4. ภาพถ่ายหน่วยบริการ (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด) Test_PDF - Copy.pdf

5. รายชื่อนักวิชาการผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (แนวก 2) Test_PDF.pdf

6. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ที่ระบุ "บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม" TestPDFfile - Copy.pdf

7. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) test.pdf

8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม Test_PDF - Copy.pdf

[กรุณาแก้ไขไฟล์] 9. แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดาวน์โหลดไฟล์

ย้อนกลับ
ยืนยันข้อมูล >

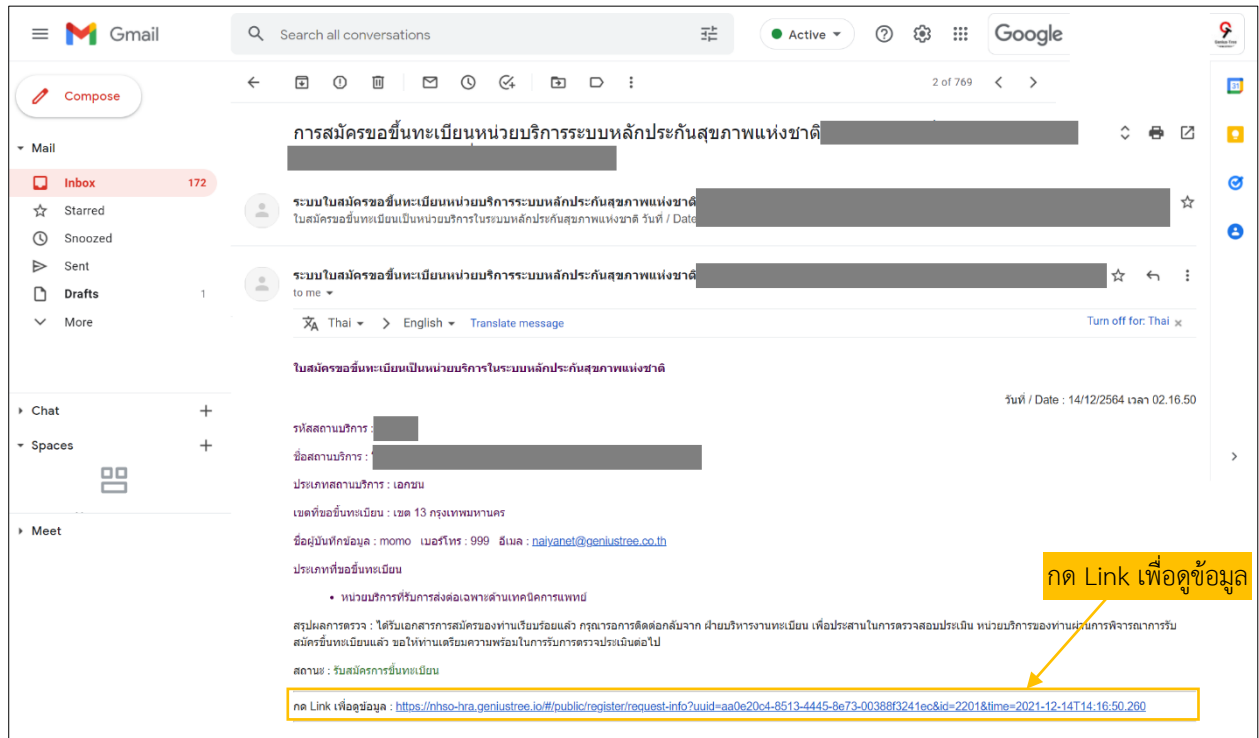
(6) เลือกอัปโหลดไฟล์เอกสาร รายการที่สั่งให้แก้ไขไฟล์

(7) กดปุ่ม

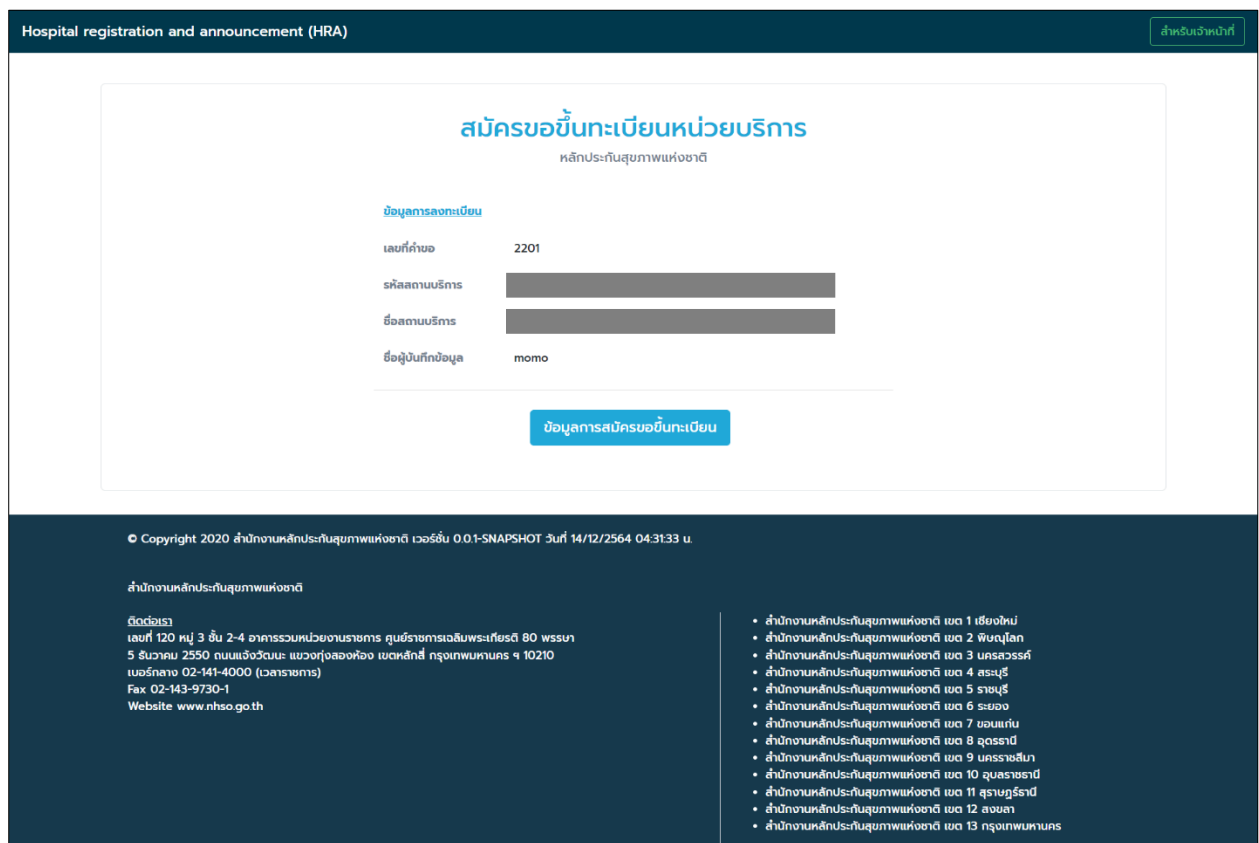
ยืนยันข้อมูล >

5. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต พิจารณารับสมัครการขึ้นทะเบียน

- (1) เมื่อเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต ดำเนินการพิจารณาเอกสารการสมัคร และข้อมูลการสมัครทั้งหมดแล้ว พิจารณารับสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมล เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบ



- (2) กด Link เพื่อดูข้อมูล ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการดูรายละเอียด



(3) กดปุ่ม **ข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน** เพื่อเรียกดูข้อมูล โดยจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
คลิกปุ่มที่สัญลักษณ์เพื่อเข้า

 ข้อมูลทั่วไป

 ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

 ใบอนุญาต/มาตรฐานอ้างอิง

 อีเมลเอกสาร

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต *

รหัสสถานบริการ(5 หลัก)

เลขที่ *

ชื่อย

ถนน

จังหวัด *

อำเภอ/เขต *

ตำบล/แขวง *

หมู่ที่ *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

โทรสาร

อีเมล *

ข้อมูลจังหวัด/อำเภอ/เขตตามบริการ

เขตจังหวัด สปสช. *

จังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียน *

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1000 : กรุงเทพฯ

ข้อมูลสังกัดประเภทสถานบริการ

กรุณาสีล

สังกัดหลักของหน่วยบริการ *

ข้อมูลสังกัดย่อยของหน่วยบริการ *

0013 : เขตชน

001302 : โรงพยาบาล (เขตชน)

กรุณาสีลข้อมูลหลักของสถานบริการ

กรุณาสีล

ข้อมูลผู้ประกอบการ :

☐ บุคคล/กลุ่มบุคคล

☒ นิติบุคคล

เลขทะเบียนนิติบุคคล

เลขภาษีกรมสรรพากร

T0000111111111

ชื่อนิติบุคคล

test test

กรอกข้อมูลผู้มอบอำนาจ

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อผู้มีอำนาจลงนามลำดับที่ 1

นางสาวสมาน สมาน

ชื่อผู้รับมอบอำนาจไปลงนาม

ชื่อผู้รับมอบอำนาจลำดับที่ 1

หมายเหตุ

*หากต้องการแก้ไขข้อมูลในส่วนที่ห้ามมีการแก้ไขข้อมูลได้ กรุณากรอกข้อมูลในช่องหมายเหตุเพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อทำการปรับข้อมูลให้

ข้อมูลการออกใบแจ้งผู้ให้บริการ

ชื่อ - นามสกุล *

momo

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

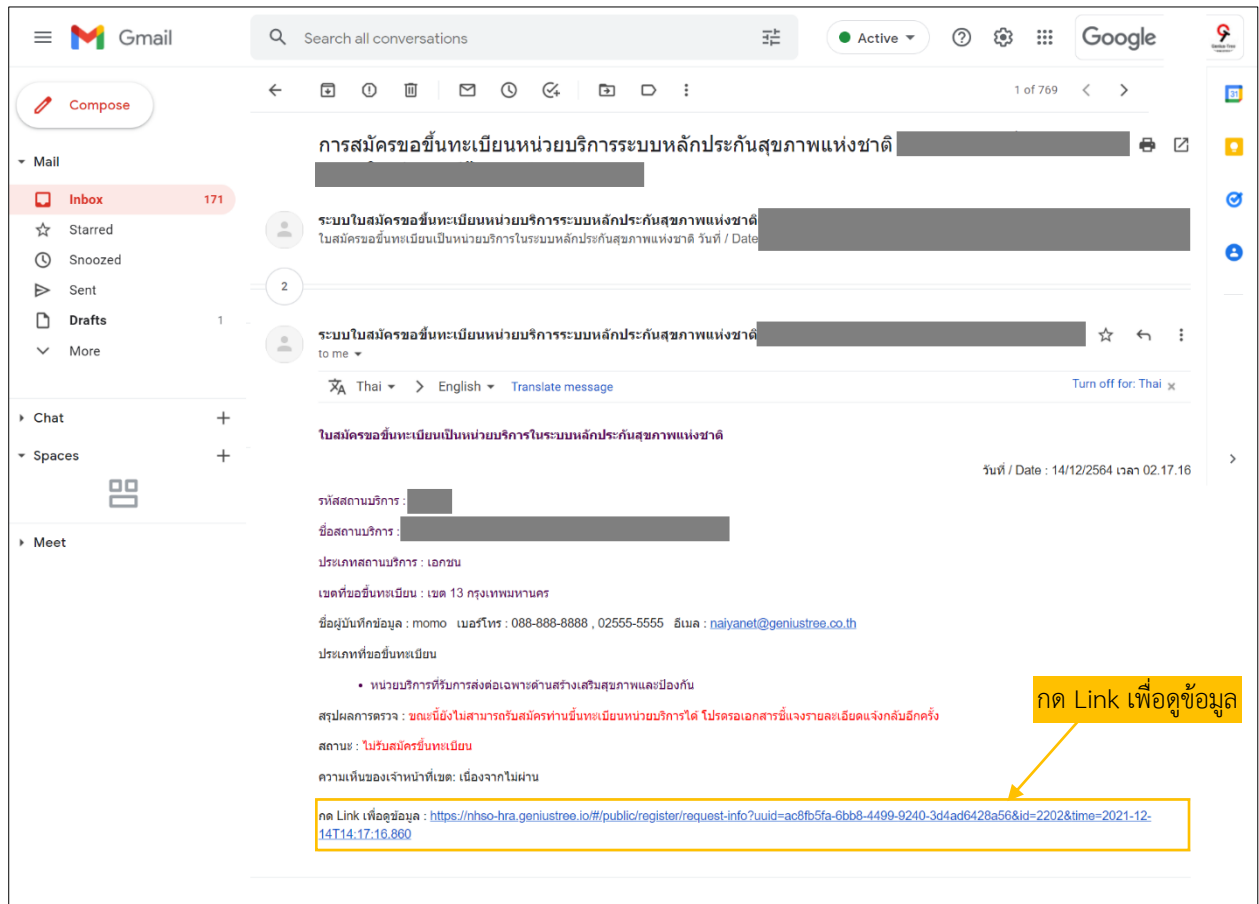
999

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *

nalyanet@geniustree.co.th

6. การแสดงอีเมล กรณีเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต พิจารณาไม่รับสมัครการขึ้นทะเบียน

- (1) เมื่อเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต ดำเนินการพิจารณาเอกสารการสมัคร และข้อมูลการสมัครทั้งหมดแล้ว พิจารณาไม่รับสมัครขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบจะดำเนินการจัดส่งอีเมล เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการ ทราบ



The screenshot shows a Gmail interface with a search bar at the top. The left sidebar shows the 'Mail' section with 'Inbox' containing 171 items. The main content area displays an email titled 'การสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ' (Registration for National Health Security System Service Unit). The email body contains the following information:

- ระบบในสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Registration system for National Health Security System Service Unit)
- ไม่สมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ / Date (Not registered as a service unit in the National Health Security System on / Date)
- รหัสสถานบริการ : (Service unit code :)
- ชื่อสถานบริการ : (Service unit name :)
- ประเภทสถานบริการ : เอกชน (Service unit type : Private)
- เขตที่ขอขึ้นทะเบียน : เขต 13 กรุงเทพมหานคร (Registration zone : Zone 13, Bangkok)
- ข้อมูลบันทึกข้อมูล : momo เบอร์โทร : 088-888-8888 , 02555-5555 อีเมล : naiyanet@geniustree.co.th (Record information : momo Phone number : 088-888-8888 , 02555-5555 Email : naiyanet@geniustree.co.th)
- ประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน (Registration type)
- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน (Specialized service unit for health promotion and prevention)
- สรุปผลการตรวจ : ขาดเงื่อนไขไม่สามารถรับสมัครทำขึ้นทะเบียนหน่วยบริการได้ โปรดรอเอกสารชี้แจงรายละเอียดอีกครั้ง (Summary of inspection results : Missing conditions, cannot register as a service unit. Please wait for further explanation.)
- สถานะ : ไม่รับสมัครขึ้นทะเบียน (Status : Not registered)
- ความเห็นของเจ้าหน้าที่เขต : เนื่องจากไม่ผ่าน (Zone officer's opinion : Because it does not pass)
- กด Link เพื่อดูข้อมูล (Click Link to view information)
- กด Link เพื่อดูข้อมูล : <https://nhso-hra.geniustree.io/#/public/register/request-info?uid=ac8f5fa-6bb8-4499-9240-3d4ad6428a56&id=2202&time=2021-12-14T14:17:16.860>

(2) กด Link เพื่อดูข้อมูล ระบบจะแสดงหน้าจอสำหรับการดูรายละเอียด

Hospital registration and announcement (HRA) สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลการลงทะเบียน

เลขที่คำขอ 2202

รหัสสถานบริการ

ชื่อสถานบริการ

ชื่อผู้บันทึกข้อมูล momo

ข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน

© Copyright 2020 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 0.0.1-SNAPSHOT วันที่ 14/12/2564 04:31:33 น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
เบอร์โทร 02-141-4000 (เวลาราชการ)
Fax 02-143-9730-1
Website www.nhso.go.th

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ร้อยเอ็ด
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ยโสธร
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 บุรีรัมย์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

(3) กดปุ่ม **ข้อมูลการสมัครขอขึ้นทะเบียน** เพื่อเรียกดูข้อมูล โดยจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้

Hospital registration and announcement (HRA)
สำหรับเจ้าหน้าที่

สมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1

ข้อมูลทั่วไป

2

ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

3

ข้อมูลจุดให้บริการเบื้องต้น

4

ติดต่อเอกสาร

รายละเอียดทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการตามใบอนุญาต *

รหัสสถานบริการ(5 หลัก)

ข้อมูลหลักประกันสุขภาพหน่วยบริการ

เลขที่ *

ชื่อย

ถนน

จังหวัด *

อำเภอ/เขต *

ตำบล/แขวง *

หมู่ที่ *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

โทรสาร

อีเมล *

กรณารับแจ้งวันเปิดให้บริการ

เมื่อพื้นที่ สบส. *

จังหวัดที่จะให้บริการ *

กรณารับแจ้งประเภทสถานบริการ

กรณารับแจ้ง

สังกัดสถานประกอบการ *

ข้อมูลสังกัดของหน่วยบริการ *

กรณารับแจ้งข้อมูลลักษณะสถานบริการ

ข้อมูลผู้ประกอบการ

☐ บุคคล/กลุ่มบุคคล

☒ นิติบุคคล

เลขทะเบียนนิติบุคคล

เลขภาษีกรมสรรพากร

ชื่อนิติบุคคล

กรณารับแจ้งผู้แทนอำนาจ

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อผู้มีอำนาจลงนามลำดับที่ 1

ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อผู้มีอำนาจลงนามลำดับที่ 1

หมายเหตุ

*หากต้องการให้ข้อมูลในส่วนที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วนที่ยังขาดอยู่เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ สบส. เพื่อทำการปรับปรุงข้อมูล

กรณารับแจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ

ชื่อ - นามสกุล *

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ *

อีเมลที่สามารถติดต่อได้ *