



แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่รับคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม
 ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก) ผู้รับบริการยื่นคำร้องเอง

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีนจังหวัด

๓.๒ ชนิดวัคซีนที่ฉีด ซิโนแวค (Sinovac) จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (johnson & johnson)

แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) ไฟเซอร์ (Pfizer) โมเดอร์นา (Moderna)

ซิโนฟาร์ม (Sinopharm) สปุตนิก วี (Sputnik V) อื่นๆระบุ.....

๓.๓ วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน เข็มที่ ๑เลขล็อต

เข็มที่ ๒เลขล็อต

๓.๔ วันที่มีอาการแพ้วัคซีน

๓.๕ อาการสำคัญที่พบความเสียหาย

๓.๖ วันที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล

๓.๗ ประเภทการรักษา ผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งให้พักงาน วัน

ผู้ป่วยใน นอนโรงพยาบาล วัน แพทย์สั่งให้พักงาน วัน

- ๓.๘ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ ตรวจเลือด ตรวจ EKG ตรวจ MRI
 ตรวจ X-Ray ตรวจ CT-Scan อื่นๆระบุ
- ๓.๙ อาการ ณ วันยื่นเรื่อง ปกติ พิการักษาตัวที่บ้าน นอนรักษาที่โรงพยาบาล
 เสียชีวิต อื่นๆระบุ

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
 สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
 ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาและการหยุดพักงาน
 สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)
 เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร)

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

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
 (.....)

คำแนะนำ

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ให้การช่วยเหลือ เกื้อกูล หรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
2. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
3. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
4. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบ, จังหวัดที่เข้ารับการรักษา/ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
5. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1
 หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการ 24 ชั่วโมง หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เลขที่คำร้อง

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



แบบสรุปผลการพิจารณาของคณะกรรมการ
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ ที่พิจารณา

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๒. วันประชุมพิจารณาครั้งที่

๓. สรุปประเภทความรุนแรงของอาการแพ้วัคซีน

เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรงมาก

๔. สรุปผลการพิจารณา

เข้าเกณฑ์
 ไม่เข้าเกณฑ์
 ยกเลิกคำร้อง ส่งเรื่องอุทธรณ์ วันที่

๕. สรุปประเภทความเสียหาย

5(1)
 5(2)
 5(3)

๖. จำนวนเงินชดเชย/เยียวยา บาท

๗. วันที่โอนเงิน ชื่อธนาคาร

เลขที่ บัญชี..... ชื่อบัญชี

ลงชื่อจนท.ผู้สรุปข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เลขที่อุทธรณ์



แบบอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด
19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับอุทธรณ์.....

วันที่ยื่นอุทธรณ์.....

๑. รายละเอียดของผู้อุทธรณ์ (บุคคลเดียวกับผู้ยื่นคำร้อง)

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เจ้าตัว เกี่ยวข้องเป็น.....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

.....
.....

๓. ข้อโต้แย้ง ข้อเท็จจริง และข้อกฎหมายที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

ความเห็นแพทย์ หรือ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอื่นๆ

ลงชื่อผู้อุทธรณ์

(.....)