



Username Password

นางสาวปริชญ์รัตน์ ปุญญะมาตย์
สปสช.เขต 7 ขอนแก่น

การขอ **User** เพื่อใช้งานในระบบโปรแกรมของ สปสช.

E-Claim

ลิงค์ดาวน์โหลดเอกสาร
<https://www.nhso.go.th/downloads/178>

01

Authentication

ลิงค์ดาวน์โหลดเอกสาร
<https://khonkaen.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?ContentID=NjlwMDAwMDQ4&CatID=NzU=>

02

03

โปรแกรมอื่นๆเช่น
Seamless เป็นต้น

ลิงค์ดาวน์โหลดเอกสาร
<https://www.nhso.go.th/downloads/194>

04

กรณีย้ายหน่วยงานข้ามเขต

ลิงค์ดาวน์โหลดเอกสาร
<https://www.nhso.go.th/downloads/194>

โปรแกรม E-claim

ให้ทำหนังสือนำเสนอ “เรียนเลขาธิการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”



Form for E-claim submission, including fields for name, address, and contact information, and checkboxes for submission type.

๕. ชื่อและนามสกุล _____
ที่อยู่ _____

๖. ชื่อ _____

๗. ๓๓ ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุคใหญ่ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10300

๘. ชื่อและนามสกุลหน่วยงานต้นสังกัด _____ จำนวน _____ ฉบับ
ที่ตั้งสำนักงานต้นสังกัด เลขที่ _____ โทร. _____

๙. ขอเรียนว่าข้าพเจ้าขอเรียนขอสงวนสิทธิ์ในการขอรับเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และขอสงวนสิทธิ์ในการขอรับเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และขอสงวนสิทธิ์ในการขอรับเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๑. ผู้ที่ขอรับเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาล (กรณี ๑)

ชื่อผู้ติดต่อ _____
ตำแหน่ง/ตำแหน่ง _____
เลขประจำตัว ๑๓ หลัก _____
โทรศัพท์มือถือ _____
อีเมล Address (กรณีมี) _____

๒. ผู้ที่ขอรับเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาล (กรณี ๒)

ชื่อผู้ติดต่อ _____
ตำแหน่ง/ตำแหน่ง _____
เลขประจำตัว ๑๓ หลัก _____
โทรศัพท์มือถือ _____
อีเมล Address (กรณีมี) _____

ชื่อหน่วยงานต้นสังกัด _____
เลขประจำตัว ๑๓ หลัก _____
โทรศัพท์มือถือ _____
อีเมล Address (กรณีมี) _____

(ชื่อหน่วยงาน)
(เลขประจำตัว ๑๓ หลัก)
(โทรศัพท์มือถือ)

ชื่อหน่วยงานต้นสังกัด _____
เลขประจำตัว ๑๓ หลัก _____
โทรศัพท์มือถือ _____
อีเมล Address (กรณีมี) _____

(ชื่อหน่วยงาน)
(เลขประจำตัว ๑๓ หลัก)
(โทรศัพท์มือถือ)

ตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพโดย การ Authentication ด้วยบัตร Smart Card

สิ่งที่ให้ส่ง

1. หนังสือปะหน้า

2. ไฟล์ Excel

(ไม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน
และห้ามสแกนไฟล์ **excel**)



โปรแกรมอื่น ๆ เช่น ระบบ **seamless** เป็นต้น

- เปลี่ยนชื่อ ตามเรื่องที่ขอ



กรณีย้ายหน่วยงานข้ามเขต

ให้ทำหนังสือนำส่ง

“เรียนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

เปลี่ยนชื่อ ตามเรื่องที่จะขอเข้าระบบต่างๆ

Hi!!