



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเลขานุการกรม ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ โทร. ๐-๒๖๑๘-๒๓๒๓ ต่อ ๑๘๐๐
ที่ นร ๐๒๐๑.๐๓/๓๗๕๖ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๗

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘

เรียน อปส.

ข้อเท็จจริง

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ มีหนังสือที่ รง ๐๖๑๙/ว.๐๓๗๘ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ เรื่อง บัตรรับรองสิทธิการรักษา ได้จัดส่งบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล, รายงานบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล, รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘ และแบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส. ๙-๐๒) ให้ กปส. ทราบและดำเนินการโดยผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอตามแบบ สปส. ๙-๐๒ ต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด/สาขา ได้ทุกแห่ง ตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘

ข้อเสนอ

เพื่อให้พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวในสังกัด กปส.ที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลได้รับทราบสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๘ และแบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส. ๙-๐๒) ดังรายละเอียดที่แนบ จึงเห็นสมควรมอบให้แต่ละสำนัก/กอง ดำเนินการดังนี้

๑. มอบให้ สำนัก/กอง ในสังกัด กปส. (ส่วนกลาง) จัดส่งแบบ สปส. ๙-๐๒ ให้ สลก.ฝปส. ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

๒. สปข.๑ - ๘ และ ส.ปชส. (ส่วนภูมิภาค) ให้จัดส่งแบบ สปส. ๙-๐๒ ต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด ภายในเวลาที่กำหนด ตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๘ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ

- เห็นชอบ

- ดำเนินการตามเสนอ

๑- ๖๖๖๖

(นายอภิรักษ์ จันทรังษี)

อปส.

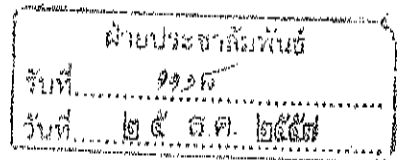
๒๖ ธ.ค. ๒๕๕๗

(นายเสมอ นิมเงิน)

ลก.

อปส. (นายอภิรักษ์ จันทรังษี) ๘๐๐๖

๒๖ ธ.ค. ๒๕๕๗



ที่ รง ๐๖๑๙/ร.๐๓๗๘

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓
บริเวณกระทรวงแรงงาน ถ.มิตรไมตรี
แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑ ธันวาคม ๒๕๕๗

เรื่อง บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
๒. รายงานบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘
๔. แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส. ๙-๐๒)

ด้วยบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนทุกคนจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ จึงออกบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับใหม่ ให้แก่ผู้ประกันตน ซึ่งเริ่มใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ เป็นระยะเวลา ๒ ปีโดยระบุสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม ยกเว้นสถานพยาบาลเดิมไม่เข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมปี ๒๕๕๘ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ ได้จัดสถานพยาบาลทดแทนให้ผู้ประกันตน ในการนี้ จึงขอความร่วมมือให้ท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. มอบบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ให้แก่ผู้ประกันตนตามที่ปรากฏชื่อในรายงาน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และกรุณาแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบว่า ผู้ประกันตนรายใดมีความประสงค์ที่จะเลือกสถานพยาบาลใหม่ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) สามารถยื่นคำขอตามแบบ สปส. ๙-๐๒ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ ตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ ซึ่งสถานพยาบาลที่เลือกต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- (๑) สถานพยาบาลในเขตจังหวัดที่ประจำทำงานหรือเขตจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่ประจำทำงานหรือ
- (๒) สถานพยาบาลในเขตจังหวัดที่พำนักอาศัยหรือเขตจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่พำนักอาศัย

๒. กรณีผู้ประกันตนลาออกจากงานและไม่สามารถมอบบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้บุคคลนั้นได้ กรุณาส่งคืนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ และตรวจสอบการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงของบุคคลดังกล่าว หากพบว่ามีได้ดำเนินการ ให้ยื่นแบบ สปส. ๖-๐๔

อนึ่ง การแจ้งสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนต้องดำเนินการตั้งแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ไม่เกินวันที่ ๓๕ ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นจะมีความผิดตามที่กฎหมายกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ และขอขอบคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดมา

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิษณุ รุ่งเรือง)

ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทร ๐๒-๒๔๘๔๘-๖๗ ต่อ ๔๐๕ - ๔๑๑

โทรสาร ๐๒-๒๔๕๓๔-๘๓



สำนักงานประกันสังคม

คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2558

เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้จัดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2558 จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. สำนักงานประกันสังคมออกบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับใหม่ที่ใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยระบุสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม ผู้ประกันตนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2558 โดยยื่นแบบ สปส. 9-02 ได้ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2558 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558

2. เนื่องจาก มีสถานพยาบาลในปี 2557 ที่ไม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมในปี 2558 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรัตนเวช จังหวัดนครสวรรค์ และ โรงพยาบาลเมืองเพชร - ธนบุรี จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานประกันสังคมจึงจัดสถานพยาบาลโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ให้แทน โดยระบุวันออกบัตร 1 มกราคม 2558 โดยผู้ประกันตนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558

3. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในปี 2558 สามารถตรวจสอบได้ที่นายจ้าง หรือ เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม WWW.SSO.GO.TH หรือโทรศัพท์ 1506 กด 1 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เต็มศักยภาพที่จะรับผู้ประกันตนได้ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

4. ในการยื่นแบบ สปส. 9-02 ขอให้ท่านสำเนาบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิมไว้ก่อนคืนสำนักงานประกันสังคม สำหรับใช้รับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสถานพยาบาลที่เปลี่ยนใหม่จะใช้สิทธิได้ตามวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบสิทธิดังกล่าวได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม WWW.SSO.GO.TH หรือโทรศัพท์ 1506 กด 1 และขอให้ยื่นแบบ สปส. 9-02 ตามระยะเวลาที่กำหนด ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขาทุกแห่ง

5. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนโรงพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่โทรศัพท์ 1506 กด 1 ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง



แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เลขที่.....
วันที่..... เวลา.....
ลงชื่อ..... ผู้รับ.....

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างตัวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ.....
 เลขที่บัญชี - ลำดับที่สาขา
 เข้างานเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

--	--	--	--	--	--	--

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาล
สำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ

--	--	--	--	--	--	--

(กรอกชื่อ/สถานที่)

[illegible]

4. การรับบุตร

☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ

☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ.....
เหตุผล ☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

--	--	--	--	--	--

(ระบุปีข้างล่าง)

☐ ย้ายที่อยู่ ☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
☐ อื่น ๆ (ระบุ)
 เอกสารที่แนบ ☐ บัตรฉบับเดิม ☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่
☐ อื่น ๆ (ระบุ)

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล
ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม

☐ บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ ☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน ลงชื่อ ผู้รับบัตร
(.....) (.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ. ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ
☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล
 ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
 (.....)
 ลงวันที่ เดือน พ.ศ.