



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเลขาธิการกรม ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ โทร. ๐-๒๖๑๘-๒๓๒๓ ต่อ ๑๘๐๐
ที่ นร. ๐๒๐๑.๐๓/ว ๑๙๓๑ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๙
เรื่อง แจ้งโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน กรุงเทพฯ ไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี ๒๕๖๐

เรียน ผอ.สำนัก/กอง,ผชช.,และหัวหน้าหน่วยงานส่วนกลาง

ตามหนังสือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ ที่ รง ๐๖๑๓/ว.๓๐๓ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙ แจ้งโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน กรุงเทพฯ ไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี ๒๕๖๐ นั้น

สลก. ขอให้พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราว ที่ได้เลือกทำประกันสังคมไว้กับโรงพยาบาล เปาโล พหลโยธิน (สะพานควาย) ให้เลือกสถานพยาบาลใหม่ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่ ให้บริการในปี ๒๕๕๙ เท่านั้น โดยกรอกเอกสาร แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส.๙-๐๒) ส่ง สลก. ภายในวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๙ หากเลยระยะเวลาดังกล่าวแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะจัด สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาลให้ก่อนโดยบนบัตรรับรองสิทธิจะมี สัญลักษณ์* ซึ่งกรณีนี้หาก ผู้ประกันตนจะประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่สามารถยื่นคำขอฯ ได้ตามระยะเวลาที่สำนักงานฯ กำหนด ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และกรุณาแจ้งให้พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราว ภายใน หน่วยงานของท่านทราบ ดำเนินการภายในกำหนด ต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(นายวัฒนา เงินกลม)

ร.ลนก.

ที่ รง ๐๖๑๙/ ว. ๗๐๓



สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓
บริเวณกระทรวงแรงงาน ถนนมิตรไมตรี
แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑

สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง โรงพยาบาลแจ้งไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี ๒๕๖๐

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบการเลือกสถานพยาบาลที่ออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี ๒๕๖๐
๒. คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลกรณีสถานพยาบาลไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาล ปี ๒๕๖๐
๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม

ด้วยโรงพยาบาลแจ้งไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน กรุงเทพมหานคร สำหรับผู้ประกันตนที่เลือกโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้นไว้ นั้น ให้เลือกสถานพยาบาลใหม่ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการในปี ๒๕๕๙ เท่านั้น โดย กรอกเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และให้ส่งเอกสารดังกล่าวกลับมายังสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ หากเลยระยะเวลาดังกล่าวแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะจัดสถานพยาบาล ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาลที่ออกให้ก่อนโดยบนบัตรรับรองสิทธิฯ จะมีสัญลักษณ์* ซึ่งกรณีนี้หาก ผู้ประกันตนประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่สามารถยื่นคำขอฯ ได้ตามระยะเวลาที่สำนักงานฯ กำหนด ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ (วันและเวลาราชการ)

ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ จึงจัดส่งรายชื่อสถานพยาบาล ประกันสังคม และคำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และ ๓ มาเพื่อขอความ ร่วมมือให้นายจ้างประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๑๕

(นางเยี่ยมกั นิลทองคำ)

ผู้อำนวยการสำนัก ปฏิบัติหน้าที่

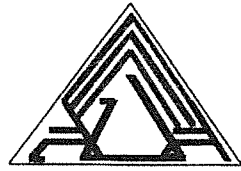
ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓

หมายเหตุ รายงานรายชื่อผู้ประกันตนที่แนบมาเป็นข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทร. ๐๒-๒๔๔-๔๘-๖๗ ต่อ ๔๐๑ - ๔๐๙

โทรสาร. ๐๒-๒๔๕๓๔-๘๓



สำนักงานประกันสังคม

คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลกรณีสถานพยาบาลไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี 2560

เนื่องจากสถานพยาบาลประกันสังคม ปี 2559 แจ้งไม่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี 2560 จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน กรุงเทพมหานคร จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบว่า สำนักงานประกันสังคมจะดำเนินการ ดังนี้

1. ส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลพร้อมทั้งแนบปฏิบัติให้สถานประกอบการแจ้งให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลและแบบการเลือกสถานพยาบาลผู้ประกันตนตามมาตรา 39
2. ให้สถานประกอบการรายงานการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตนรวมถึงผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ส่งแบบเลือกสถานพยาบาลถึงสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 เพื่อสำนักงานประกันสังคมจะบันทึกการเลือกสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตน
3. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา พิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ และเริ่มจัดส่งให้ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2559 โดยบัตรรับรองสิทธิฯ ดังกล่าวจะเริ่มใช้ได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560
4. หากสถานประกอบการและผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ไม่ส่งแบบฯ ให้สำนักงานฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด สำนักงานฯ จะจัดสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตน โดยบัตรรับรองสิทธิฯ ให้มีสัญลักษณ์ * และสามารถยื่นแบบฯ (สปส.9-02) เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2560 (วันและเวลาราชการ) โดยสถานพยาบาลที่เลือกต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่โทรศัพท์ 1506 ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง

.....

แบบการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล รพ. ออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมปี 2560 รพ. เปาโลเมโมเรียล

เลขที่บัญชี 10-3000229-7 สาขา 000000

กรมประชาสัมพันธ์

ข้อ 9 ขอบข่ายข้อมูล

ถนนพระราม 6 แขวงสามเสนใน

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10400

ลำดับที่	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	ว/ด/ปเกิด	รพ. ที่เลือก	รพ. สำรอง 1	รพ. สำรอง 2	ลายมือชื่อ
1	1100700305863	นางสาวภาณุณี สุภโกศล	8/11/2528				
2	1100700997480	นางสาวธนัชพร อัครวิเศษเสถียร	15/05/2532				
3	1101200314163	นางสาวสุกัญญา บุญศรี	28/11/2532				
4	1101400774851	นางสาวจิราภรณ์ พรหมรังฤทธิ์	7/09/2529				
5	1101400848803	นายพลากร เกตุสุวรรณ	15/11/2529				
6	1101401090564	นางสาวปิยะนันท์ วิริยาภาณุพงศ์	13/08/2530				
7	1101499000721	นางสาววิชุดา แต่งผึ้ง	10/04/2529				
8	1101800317147	นางสาวสุวิดา พงษ์สถิตย์	22/10/2531				
9	1102000179174	นางสาวนพพรณ สมหมาย	3/12/2527				
10	1103700061797	นางสาววิรัตน์ จิระวงศ์วัฒนา	12/02/2533				
11	1103700236899	นางสาวสิริพร รักผึ้ง	8/09/2533				
12	1160100051283	นายฉัตรเดช อุบล	12/02/2528				
13	1179900031749	นางสาวณฤมล สมหวัง	24/09/2527				
14	1180200017508	นางสาวนัชชา โนนชัยเกษม	13/06/2528				
15	1340500042441	นางสาวเปรมใจ สาสสม	23/05/2528				
16	1349900376795	นางสาวธัญลักษณ์ สายธนู	17/10/2533				
17	1450300056596	นางสาววิชุดา ด้วงดง	5/11/2532				
18	1451000095660	นายวิระยุทธ นาควังค์	25/01/2530				
19	1451100110326	นางสาวพนิศา วิเศษวงษา	7/11/2530				
20	1529900056390	นางสาววิชุดา นันทวนแก้ว	14/11/2527				
21	1739900071273	นางสาวฉัตรภา นิสิตกุลรัตน์	16/08/2528				
22	1749800004108	นายฉัตรวิวัฒน์ กีนภัย	30/07/2527				
23	1770300003341	นางสาววิไลภา น้าโพธิ์ตร	13/05/2528				
24	1801200037295	นายทองศักดิ์ สุทธิชัยโต	19/12/2528				
25	1840100047476	นางสาวอาทิตย์ดา เพ็ชรวิเศษวงศ์	13/01/2528				
26	1929900167775	นางสาวสุกัญญา หนองบัว	3/11/2531				
27	1930600084701	นายภูเบศร์ ขวัญภูมิ	23/09/2529				
28	3100100693001	นางสาวเนตรชนก ก้อนทอง	19/07/2524				
29	3100203163603	นางสาวกนกพร ธรรมโชติ	18/09/2518				

แบบการเปลี่ยนสถานพยาบาลกรณี รพ. ออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมปี 2560 รพ. เปาโต เมโม เช็บล

เลขที่บัญชี 10-9000229-7 สาขา 000000

กรมประชาสัมพันธ์

ลำดับที่	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	ว/ด/ปีเกิด	รพ. ที่เลือก	รพ. สำรอง 1	รพ. สำรอง 2	ลายมือชื่อ
30	3100501808451	นางสาวนิยารมย์ สุนทรชาติ	10/02/2520				
31	3100600099711	นางสาวสุชัยศรี สันธวณิช	10/10/2518				
32	3100800283281	นางสาวภาณีชา น้อยสิงห์	24/07/2523				
33	3101100274891	นางสาวสุจิตรา น้อยสิงห์	9/07/2521				
34	3101200157871	นายมงคล เสงี่ยมคุณ	31/03/2524				
35	3101203072337	นางสาวนิศาภรณ์ กิจตะเนดินทร์	1/10/2525				
36	3101700114071	นายอรุณรัชต์ พวงเงิน	15/06/2523				
37	3101701529657	นายประสิทธิ์ ทะเกาพงษ์	6/10/2516				
38	3101701935302	นายไชยา หัตถนา	29/06/2515				
39	3102001979367	นายภูมิ ฉายศิริ	5/12/2525				
40	3110300012717	นายสิริญา สุภาสาค	21/11/2518				
41	3110400901572	นายประวิทย์ เทสศิริ	24/06/2519				
42	3120101794472	นางสาวอโณชา ทาวรรณ	11/01/2516				
43	3120600104625	นางสาวอารยา สุวิเศษศักดิ์	10/12/2513				
44	3130100148437	นางสาวกัญญา นิลชา	27/05/2518				
45	3130600039351	นางสาวสุคนธา นิลชา	13/07/2517				
46	3140100326777	นางสาวรัตนมา สมนึก	24/12/2504				
47	3140800251184	นางสาวณิชนิธิยา รัตนกระจำนง	10/01/2523				
48	3141100164417	นางสาวชัชฌิมา สือบางใหญ่	16/03/2519				
49	3141600051417	นายวิรัช พงศ์	17/09/2520				
50	3160300262438	นางเบญจา ชวลิตเชษฐ์	27/01/2510				
51	3200900352429	นางสาวนิชาภา รัตนโชติกุล	16/07/2525				
52	3210100468911	นางสาวฉัตรพร ขาวพนาศรี	11/03/2506				
53	3259900039184	นายดิษฐ์พงษ์ จันทร์พรมสิน	30/11/2520				
54	3260300299012	นางวนิดา น้อยสิงห์เจริญ	28/04/2513				
55	3300600807900	นางสาวมณี สร้อยฟ้า	28/01/2525				
56	3301500061338	นางฉัตรพร วาสุต	28/12/2510				
57	3302000084584	นายกิตติคุณ แสงภัก	16/01/2518				
58	3310900273188	นางปณิดา แสงเหล็ก	10/03/2507				
59	3320100569074	นางสาวพรเพน ดวงดี	7/04/2506				
60	3410101167734	นายคณกร คุ้มไธ	9/08/2519				
61	3421100002163	นางสาวพวงมาลัย สุดวิสัย	11/01/2526				

แบบการเปลี่ยนแปลงสภาพพยาบาลกรณี รณ. ออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมปี 2560 รณ. เปาโลเมโมเรียล

เลขที่บัญชี 10-9000229-7 สาขา 000000

กรมประชาสัมพันธ์

ลำดับที่	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	ว/ด/ปีเกิด	รณ. ที่เลือก	รณ. สำรอง 1	รณ. สำรอง 2	ลายมือชื่อ
62	3460700362364	นางวันเพ็ญ ภูช่างทอง	10/12/2513				
63	3490500044202	นายบัณฑิต ภาลา	9/08/2525				
64	3520100682766	นางสาวนิศภัทร ราชนพณิศา	11/11/2499				
65	3540100289614	นายศราวุธ กองทอง	7/01/2522				
66	3560600126129	นางสาวสิริธิดา สารภาค	20/02/2526				
67	3640700284728	นางสาวมาลี ไชโย	17/11/2524				
68	3700100063258	นางสาวอริยญา ชมชื่น	1/03/2514				
69	3700400324324	นางสาวเกศารัตน์ ธนวิวัฒน์	7/03/2522				
70	3710500260182	นางสุภาณี หงษ์ใหม่	7/10/2510				
71	3710900050959	นางสาวอติชา วิเศษสิงห์	11/01/2526				
72	3720100833169	นายธนิต ธีระะไพฑูรย์	27/06/2521				
73	3730500235692	นางสาวรัชชนก พงษ์วัฒนา	19/05/2523				
74	3760500332698	นางสาวนิโลนร วิรามนต์	3/06/2521				
75	3770100604721	นางสาวกิตติวิรัช ธีระกิจ	29/10/2513				
76	3800400277325	นายเอกพงษ์ พบสฤต	6/02/2520				
77	3841700742946	นายธีระพงษ์ จ้างงค์พันธ์	12/02/2521				
78	3859900134777	นางสาวมณฑา วัฒพันธ์	13/05/2509				
79	3859900144322	นางสาวเกวณีย์ เชื้อทอง	20/12/2515				
80	3909800145369	นางสาวปิยะดา บุญราศรี	19/12/2515				
81	3909800191662	นายจตุพล ตะโกชื่น	26/12/2520				
82	3909801134832	นายธนวัฒน์ สุขุมพันธ์	6/05/2513				
83	3920100210941	นายธรรณัติศักดิ์ บาสประสงค์	30/08/2519				
84	3959900190013	นางสาวฟาณิตา ปานแสง	3/11/2510				
85	5550500050101	นายกิตติศักดิ์ วรรณภพ	17/06/2507				
รวม พบ.		85	รวม				

หมายเหตุ โปรดตรวจสอบข้อมูลผู้ประกันตนและดำเนินการดังนี้

1. ผู้ประกันตนรายใดที่ลาออกให้ระบุในช่องสุดท้ายว่า "ลาออก" และแจ้งการลาออกของผู้ประกันตนตามแบบสปส. 6-09 พร้อมทั้งแนบมาด้วยรายงานฉบับนี้
2. ให้ผู้ประกันตนดำเนินการ ดังนี้
 - 2.1 ตรวจสอบและแก้ไขหากข้อมูลส่วนบุคคลไม่ถูกต้องพร้อมทั้งแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือรายงานฉบับนี้
 - 2.2 ระบุสถานพยาบาลที่เลือกและสำรอง พร้อมส่งลายมือชื่อทั้งสถานพยาบาลที่เลือกจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตจังหวัดที่ผู้ประกันตนทำงาน หรือหากอาศัยอยู่เขตจังหวัดรอบนอกของจังหวัดดังกล่าวหากสำนักงานประกันสังคม ไม่สามารถจัดส่งสถานพยาบาลให้ท่านตามที่ท่านเลือกในอันดับแรกได้ จะจัดส่งสถานพยาบาลสำรองให้ตามลำดับ หากสถานพยาบาลที่เลือกเต็มศักยภาพทั้ง 3 ลำดับ สำนักงานฯ จะจัดส่งสถานพยาบาลทดแทนให้ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
3. ให้ส่งรายงานฉบับนี้มาที่สำนักงานฯ ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว สำนักงานฯ จะพิจารณาจัดส่งสถานพยาบาลทดแทน

รายชื่อสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ และ นนทบุรี ที่ผู้ประกันตนสามารถเลือกได้

ที่	รหัส	ชื่อสถานพยาบาล	จังหวัด
สถานพยาบาลรัฐบาล			
1	0210006	นพรัตนราชธานี	กรุงเทพฯ
2	0210009	ราชวิถี (งดรับเปลี่ยนสำหรับผปต.มาตรา 39)	กรุงเทพฯ
3	1210001	กลาง	กรุงเทพฯ
4	1210005	ตากสิน	กรุงเทพฯ
5	1210085	หลวงพ่อดำศิริศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ	กรุงเทพฯ
6	1210105	ราชพิพัฒน์	กรุงเทพฯ
7	1210122	สิรินธร	กรุงเทพฯ
8	1210170	เวชการุณย์รัศมี	กรุงเทพฯ
9	0211001	สมุทรปราการ	สมุทรปราการ
10	0211024	บางบ่อ	สมุทรปราการ
11	0211025	บางพลี	สมุทรปราการ
12	0212003	พระนั่งเกล้า	นนทบุรี
13	0213001	ปทุมธานี	ปทุมธานี
14	1212008	ชลประทาน	นนทบุรี
สถานพยาบาลเอกชน			
15	2210015	กล้วยน้ำไท	กรุงเทพฯ
16	2210020	บางไผ่	กรุงเทพฯ
17	2210021	บางมด	กรุงเทพฯ
18	2210022	แพทย์ปัญญา	กรุงเทพฯ
19	2210028	บางนา 1	กรุงเทพฯ
20	2210029	เพชรเวช	กรุงเทพฯ
21	2210030	เกษมราษฎร์ บางแค	กรุงเทพฯ
22	2210032	มहेสักข์	กรุงเทพฯ
23	2210036	เปาโล เมโมเรียล โชคชัย 4	กรุงเทพฯ
24	2210038	สุขสวัสดิ์	กรุงเทพฯ
25	2210039	ลาดพร้าว	กรุงเทพฯ
26	2210041	พระราม 2	กรุงเทพฯ
27	2210042	นวมินทร์	กรุงเทพฯ
28	2210043	ราษฎร์บูรณะ	กรุงเทพฯ
29	2210044	ศิครินทร์	กรุงเทพฯ
30	2210045	ประชาพัฒน์	กรุงเทพฯ
31	2210047	เกษมราษฎร์ประชาชื่น	กรุงเทพฯ

รายชื่อสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ และ นนทบุรี ที่ผู้ประกันตนสามารถเลือกได้

ที่	รหัส	ชื่อสถานพยาบาล	จังหวัด
32	2210050	ยันฮี	กรุงเทพฯ
33	2210051	วิภาราม	กรุงเทพฯ
34	2210052	ห้วยเสียว	กรุงเทพฯ
35	2210078	บี.แคว์ เมดิคอลเซ็นเตอร์	กรุงเทพฯ
36	2210079	การุญเวช สุขากิบาล 3	กรุงเทพฯ
37	2210092	มงกุฎวัฒนะ	กรุงเทพฯ
38	2210129	สายไหม	กรุงเทพฯ
39	2210152	นวมินทร์ 9	กรุงเทพฯ
40	2210184	เพชรเกษม 2	กรุงเทพฯ
41	2210211	บางปะกอก 8	กรุงเทพฯ
42	2211002	จุฬารัตน์ 3	สมุทรปราการ
43	2211003	เมืองสมุทรปากน้ำ	สมุทรปราการ
44	2211004	สำโรงการแพทย์	สมุทรปราการ
45	2211006	บางนา 2	สมุทรปราการ
46	2211007	เซ็นทรัลปาร์ค	สมุทรปราการ
47	2211008	จุฬารัตน์ 9	สมุทรปราการ
48	2211009	เปาโล เมโมเรียล สมุทรปราการ	สมุทรปราการ
49	2211010	รัทรินทร์	สมุทรปราการ
50	2211012	บางปะกอก 3 พระประแดง	สมุทรปราการ
51	2211013	ปิยะมินทร์	สมุทรปราการ
52	2211014	เมืองสมุทรปู้เจ้าฟ้า	สมุทรปราการ
53	2211015	รวมชัยประชารักษ์	สมุทรปราการ
54	2211035	วิภาราม-ชัยปราการ	สมุทรปราการ
55	2211041	บางนา 5	สมุทรปราการ
56	2212007	เกษมราษฎร์รัตนธิเบศร์	นนทบุรี
57	2212021	กรุงไทย	นนทบุรี
58	2212029	วิภาราม ปากเกร็ด	นนทบุรี
59	2212040	การุญเวช รัตนธิเบศร์	นนทบุรี
60	2213003	การุญเวช ปทุมธานี	ปทุมธานี
61	2213006	ปทุมเวช	ปทุมธานี
62	2213009	ภัทร-ธนบุรี	ปทุมธานี



แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สปส. 9-02

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)
1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)
หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ
- สถานพยาบาลสำรองอันดับ 1 ชื่อ หรือ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)
- สถานพยาบาลสำรองอันดับ 2 ชื่อ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. การรับบัตร

- ☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ
☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ
3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ
เหตุผล ☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี (สำหรับเจ้าหน้าที่)
☐ ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก
☐ ย้ายที่อยู่ ☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
☐ อื่นๆ (ระบุ)
เอกสารที่แนบ ☐ บัตรฉบับเดิม ☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่
☐ อื่นๆ (ระบุ)
3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก
☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล
ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม
☐ บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย
☐ อื่นๆ (ระบุ)
เอกสารที่แนบ ☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ
☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ ระบุเหตุผล
.....
ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.