



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเลขาธิการกรม ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ โทร. ๐ ๒๖๑๘ ๒๓๒๓ ต่อ ๑๘๐๒

ที่ นร ๐๒๐๑.๐๓/ว ๕๖

วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน ผอ.สำนัก/กอง,หัวหน้าหน่วยงาน,ผอ.สปข.๑ - สปข.๘ และประชาสัมพันธ์จังหวัด

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓ มีหนังสือที่ รง ๐๖๑๕/ว.๔๑๗ ลงวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาล โดยแจ้งว่าสำนักงานประกันสังคม ได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ สำหรับการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาล ผ่านนายจ้าง โดยให้ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ ยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ต่อสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง ได้ระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

เพื่อให้พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวในสังกัด กปส. ที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ จึงขอให้ดำเนินการดังนี้

๑. พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวในสังกัด แต่ละสำนัก/กอง (ส่วนกลาง) ส่งแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ให้ สลก. ภายในวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑

๒. พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวในสังกัด สปข.๑ - สปข.๘ และ ส.ปชส. (ส่วนภูมิภาค) ให้ส่งแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

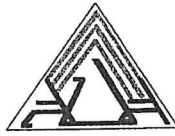
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

(นางสาวจิตติรัตน์ ศรีธีระวีโรจน์)

ลกน.



สปส.จะยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ในปี ๒๕๖๑ โดยให้ตรวจสอบจาก www.sso.go.th



คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาล

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ ปี 2561 เป็นต้นไป เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

2. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุความเป็นผู้ประกันตน

3. การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 เปลี่ยนระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์ทราบว่าผู้ประกันตนมิได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.2 เปลี่ยนประจำปี ให้ยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02) ได้ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม จนถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป หรือยื่นแบบฯ ทางอิเล็กทรอนิกส์

** ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือและข้อความสั้น (SMS)

4. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ให้สอบถามจากนายจ้าง / เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th หรือ สายด่วน 1506 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าวและมีจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

5. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ และเครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ

.....

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน ---- เกิด วันที่เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา

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

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ชอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา					
--------------	--	--	--	--	--

สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล
☐ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)
☐ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)

เหตุผล

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี

เนื่องจาก

☐ ย้ายที่อยู่

☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

☐ อื่นๆ (ระบุ)

☐ ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ)
ขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1 ชื่อ

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ

১০	১১	১২	১৩	১৪	১৫	১৬	১৭	১৮	১৯	২০	২১	২২	২৩	২৪	২৫	২৬	২৭	২৮	২৯	৩০	৩১	৩২	৩৩	৩৪	৩৫	৩৬	৩৭	৩৮	৩৯	৪০	৪১	৪২	৪৩	৪৪	৪৫	৪৬	৪৭	৪৮	৪৯	৫০	৫১	৫২	৫৩	৫৪	৫৫	৫৬	৫৭	৫৮	৫৯	৬০	৬১	৬২	৬৩	৬৪	৬৫	৬৬	৬৭	৬৮	৬৯	৭০	৭১	৭২	৭৩	৭৪	৭৫	৭৬	৭৭	৭৮	৭৯	৮০	৮১	৮২	৮৩	৮৪	৮৫	৮৬	৮৭	৮৮	৮৯	৯০	৯১	৯২	৯৩	৯৪	৯৫	৯৬	৯৭	৯৮	৯৯	১০০
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

☐ ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล

☐ ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.