

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล
เลขรับที่ ๒๓๗๐
วันที่ ๑๙ / ๙.๑ / ๖๕
เวลา ๑๕.๐๐ น.



ที่ พบ ๐๐๓๑ / ๖๑๐๐

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี
๒๖๒ หมู่ ๒ ตำบลธงชัย พบ ๗๖๐๐๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒)
 ๒. คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล
 ๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม

ตามที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือผ่าน www.sso.go.th หรือผ่าน Application SSO Connect โดยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง นั้น

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล และรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางรัศมี สุกโต)

ประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี



สำนักงานประกันสังคม

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

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

[Grid for hospital name]

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ

[Grid for hospital name]

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ

[Grid for hospital name]

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. การรับบัตร

ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ

ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

เหตุผล เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี [Grid] (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

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

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับบัตร

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมและสถานพยาบาลเครือข่ายจังหวัดเพชรบุรี ปี ๒๕๖๖

โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี(กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๗๐ ๙๙๙๙ ต่อ ๑๒๔๙
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชะอำ รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด สถานีอนามัยตำบลบ้านหม้อ

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมและสถานพยาบาลเครือข่ายจังหวัดร้อยต่อ ปี ๒๕๖๖

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

๑. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์(กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๖๐ ๓๙๗๓
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองประจวบคีรีขันธ์ รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด
๒. โรงพยาบาลค่ายธนะรัชต์(กระทรวงกลาโหม) โทร. ๐ ๓๒๖๒ ๓๗๓๘
คลินิกเวชกรรมแพทย์ธีรชัย คลินิกเวชกรรมวีระการแพทย์ สาธิตคลินิกเวชกรรม
๓. โรงพยาบาลบางสะพาน(กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๖๙ ๑๒๙๐
รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด
๔. โรงพยาบาลหัวหิน(กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๕๒ ๐๗๖๗ ,๐ ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ
๔๘๐๐,๕๐๙๓
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหัวหิน ๑ (ตะเกียบ) ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองหัวหิน ๒ (แนบเคหาสน์)
รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จังหวัดสมุทรสงคราม

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า(กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๔๗๑ ๔๓๑๔-๙ ต่อ ๖๑๐๙
คลินิกหมอมนุษย์ ศูนย์แพทย์ชุมชนแม่กลอง ศูนย์แพทย์ชุมชนพระครูอุดมสมุทรคุณ
ศูนย์สุขภาพชุมชนเทพเจ้ากวนอู สถานีอนามัยบ้านปรก รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จังหวัดราชบุรี

๑. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๒๕ ๕๑๓๓

โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม
โรงพยาบาลอัมพวา จ.สมุทรสงคราม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที จ.สมุทรสงคราม
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองดำเนินสะดวก รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

๒. บ้านโป่ง (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๒๒ ๑๙๖๓

รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

๓. โรงพยาบาลโพธาราม (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๗๑ ๙๔๐๐ ต่อ ๑๑๖,๑๑๗

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลจอมบึง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางแพ
ศูนย์สุขภาพตำบลปากท่อ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านโป่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลวัดเพลง
ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสวนผึ้ง วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี ราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัด
รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

๔. โรงพยาบาลราชบุรี (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๓๒๗๑ ๙๖๐๐ ต่อ ๑๓๒๒

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองราชบุรี ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลเขาสูง
ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางแพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านคา สถานีอนามัยตำบลบ้านฉ้อง
รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด สถานีอนามัยบ้านโกรกสิงขร ตำบลด่านทับตะโก

๕. โรงพยาบาลชานคามิลโลโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (เอกชน) โทร. ๐ ๓๒๒๑ ๑๑๕๓ ต่อ ๔๐๐

คลินิกเวชกรรมแพทย์นิติพันธ์ คลินิกเวชกรรม นพ.วุฒิชัย คลินิกแพทย์บัณฑิต



คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย หรือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่ออกโดยส่วนราชการ หรือแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport)

2. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุความเป็นผู้ประกันตน

3. การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 เปลี่ยนประจำปี ให้ดำเนินการได้ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม จนถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป

3.2 เปลี่ยนระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์ทราบกับผู้ประกันตนได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.3 ผู้ประกันตนสามารถทำการเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ 3 ช่องทาง ดังนี้

1) ยื่นแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02)

ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ

2) ทำรายการผ่าน www.sso.go.th

3) ทำรายการผ่าน Applications SSO Connect

** ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผล การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือ หรือ 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 / สำนักงานประกันสังคม / สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ทุกแห่งทั่วประเทศ เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย และ Add เพื่อน line @ssothai

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ



QR CODE รายชื่อสถานพยาบาล