

ที่ ศธ ๐๗๐๓๑/อวท



สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดกระบี่
ถ.ป่านราช ต.ปากน้ำ อ.เมืองกระบี่
จ.กระบี่ ๘๑๐๐๐

๒๖

ธันวาคม ๒๕๖๘

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) จำนวน ๑ ชุด
๒. คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ www.sso.go.th Mobile Application SSO Plus+ Line @ssothai และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง www.sso.go.th เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย Mobile Application หรือเพิ่มเพื่อน line @ ssothai โดยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง นั้น

สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดกระบี่ ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) และคำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑-๒ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางชฎานิชฐ์ อรุณสิทธิ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานอำนวยการ

โทร ๐ ๗๕๖๑ ๑๙๓๓

โทรสาร ๐ ๗๕๖ ๑๒๗๐๔

“เรียนดี มีคุณธรรม”



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

สปส. 9-02

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี สาขา

ลำดับที่ สาขา

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

เลขที่บัญชี สาขา

ลำดับที่สาขา

สิ้นสุดสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

2. การเลือกสถานพยาบาล

- ☐ 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 สาขา

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ สาขา

ลำดับที่ 3 ชื่อ สาขา

- ☐ ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

- ☐ เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล
- ☐ ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.



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 หรือพิสูจน์ทราบให้ผู้ประกันตนได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.3 ผู้ประกันตนสามารถทำการเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ 5 ช่องทาง ดังนี้

1) ยื่นแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ

2) ทำรายการผ่าน www.sso.go.th

3) ทำรายการผ่าน Application sso plus+

4) ทำรายการผ่าน Line official sso โดยเพิ่มเพื่อน @ssothai

5) ทำรายการผ่าน App ทางรัฐ

** ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลา การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือ หรือ SMS

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

5. ผู้ประกันตนสามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลตรวจสอบได้ที่ เว็บไซต์ www.sso.go.th / โทรศัพท์สายด่วน 1506 / Application SSO Plus / line official @ssothai / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ / เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย / เว็บไซต์ www.nhso.go.th สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ App ทางรัฐ

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสุดจากความเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 มาตรา 39 สามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสุดสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ

