



มหาวิทยาลัยอานนดาลัย
เลขที่..... 887
วันที่..... 21 2.0-59
เวลา..... 17.33 L.

ที่ รง ๐๖๒๕/ ๑๐๐๕๖๕

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑
ถนนอิฐางค์ เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

๒๒ ธ.ค. ๒๕๕๘

เรื่อง การให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลกรณีสถานพยาบาลเดิมออกจากระบบประกันสังคมในปี ๒๕๕๘
และคำชี้แจงในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘
 ๒. คำชี้แจงในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘
 ๓. แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล สปส.๙-๐๒

ด้วยในปี ๒๕๕๘ มีสถานพยาบาลที่ออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘ สำนักงานประกันสังคมได้จัดสถานพยาบาลทดแทนและออกบัตรรับรองสิทธิ ฉบับใหม่ให้กับผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลนั้นให้ และสำนักงานประกันสังคมจัดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๘ สำหรับผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลไว้แล้ว โดยผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอตามแบบ สปส.๙-๐๒ ต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ได้ทุกแห่งตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นคำเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ตามคำชี้แจงในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘

ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑ จึงจัดส่งรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘ คำชี้แจงในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘ และแบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล สปส.๙-๐๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ มาเพื่อขอความร่วมมือให้นายจ้างประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

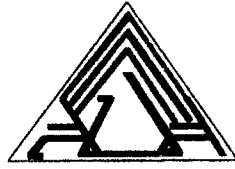
ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวเรวดี เชยกลิ่น)

ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทร. ๐ ๒๖๒๒ ๒๕๐๐-๑๕ ต่อ ๒๐๑-๒๑๐



สำนักงานประกันสังคม

คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๙

เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้จัดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๙ จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

๑. ผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลแล้วในปี ๒๕๕๙ สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๙ โดยยื่นแบบ สปส. ๙-๐๒ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙

๒. เนื่องจาก มีสถานพยาบาลในปี ๒๕๕๘ ที่ไม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๖ แห่ง

(๑) โรงพยาบาลคามิลเลียน กรณีผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลและส่งแบบฯ กลับมายังสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๘ สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนตามที่ได้เลือก หากสถานพยาบาลที่เลือกเต็มศักยภาพรวมถึงกรณีผู้ประกันตนไม่ได้เลือกสถานพยาบาลสำนักงานจะจัดสถานพยาบาลของรัฐบาลที่ใกล้สถานประกอบการทดแทนให้โดยระบุวันออกบัตร ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ดังนี้

ที่	สำนักงานประกันสังคม	สถานพยาบาลทดแทน
๑	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑	กลาง
๒	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๒	เลิดสิน
๓	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๓	เลิดสิน
๔	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๔	เลิดสิน
๕	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๕	ตากสิน
๖	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๖	ราชพิพัฒน์
๗	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๗	เลิดสิน
๘	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๘	สิรินธร
๙	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๙	นพรัตนราชธานี
๑๐	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑๐	เลิดสิน
๑๑	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑๑	เลิดสิน
๑๒	กรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑๒	เลิดสิน
๑๓	จังหวัดปริมณฑล (สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรสาคร)	โรงพยาบาลรัฐบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัด
๑๔	จังหวัดอื่น	โรงพยาบาลรัฐบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัด

(๒) กรณีผู้ประกันตนเลือกโรงพยาบาลรวมแพทย์ชัยนาท จังหวัดชัยนาท โรงพยาบาลรวมแพทย์(หมอนันต์) จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลเอกปทุม จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลหนองคาย-วัฒนา จังหวัดหนองคาย และโรงพยาบาลนอร์ท อีสเทอร์น-วัฒนา จังหวัดอุดรธานี จัดสถานพยาบาลทดแทนให้โดยระบุ วันออกบัตร ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ดังนี้

ที่	สถานพยาบาลที่ออกจากโครงการ ปี ๕๙	สถานพยาบาลทดแทน
๑	รวมแพทย์ชัยนาท	ชัยนาทเรนทร
๒	รวมแพทย์ (หมอนันต์)	สุรินทร์
๓	เอกปทุม	ปทุมธานี
๔	หนองคาย - วัฒนา	หนองคาย
๕	นอร์ท อีสเทอร์น - วัฒนา	อุดรธานี

(๓) บัตรรับรองสิทธิฯ ดังกล่าวมีสัญลักษณ์ * และผู้ประกันตนที่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาลต้องยื่นแบบ สปส.๙-๐๒ ต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขาใดก็ได้ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙ โดยสถานพยาบาลที่เลือกต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในปี ๒๕๕๙ สามารถตรวจสอบได้ที่นายจ้าง หรือ เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th หรือ โทรศัพท์ ๑๕๐๖ กต ๑ โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เต็มศักยภาพที่จะรับผู้ประกันตนได้ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

๔. ในการยื่นแบบ สปส. ๙-๐๒ ขอให้ท่านสำเนาบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิมไว้ก่อนคืนสำนักงานประกันสังคม สำหรับใช้รับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสถานพยาบาลที่เปลี่ยนใหม่จะใช้สิทธิได้ตามวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบสิทธิดังกล่าวได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม หรือโทรศัพท์ ๑๕๐๖ กต ๑ และขอให้ยื่นแบบ สปส. ๙-๐๒ ตามระยะเวลาที่กำหนด ณ สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขาทุกแห่ง

๕. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนโรงพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่โทรศัพท์ ๑๕๐๖ กต ๑ ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขาทุกแห่ง



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)

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

4. การรับบัตร

ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ
 ขอรับบัตรด้วยตนเอง

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน 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.