



บันทึกข้อความ

โรงเรียนมัธยมศึกษามหาวิทยาลัยนครราชสีมา
ปีที่..... 1017..... เวลา..... น.
วันที่..... 27 S.A. 2560.....

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองคลัง งานเงินเดือนและสวัสดิการ โทร. ๑๑๕๕

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๑.๑๘ (๔) / ว ๘๗๙

วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง แจ้งการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน คณบดี/ ผู้อำนวยการวิทยาลัย/ สำนัก/ สถาบัน/ ศูนย์/ กอง

ตามที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก ได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ โดยสามารถใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทน และแจ้งการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ โดยมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม จำนวน ๓ แห่ง คือ

๑. โรงพยาบาลพุทธชินราช (มีคลินิกที่เป็นเครือข่าย)
๒. โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
๓. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา (ถ้าเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยฯ สามารถเลือกได้)

และสถานพยาบาลเครือข่ายของจังหวัดที่ทำงาน 6 แห่ง คือ

๑. โรงพยาบาลสุโขทัย
๒. โรงพยาบาลศรีสังวาล
๓. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
๔. โรงพยาบาลพิจิตร
๕. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
๖. โรงพยาบาลกำแพงเพชร

กองคลังจึงขอแจ้งเวียนแนวปฏิบัติแก่ผู้ประกันตนในมหาวิทยาลัยที่ประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑. ผู้ประกันตนกรอกแบบฟอร์ม แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ เพื่อสะดวกในการค้นหาข้อมูลผู้ประกันตน

๒. ส่งคืนแบบฟอร์ม แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ที่งานเงินเดือนและสวัสดิการ ภายในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๑


๓. แจ้งเปลี่ยนสถานพยาบาลโดยตรงได้ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก อาคาร ๗ ชั้น ๔ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เบอร์โทร ๐-๕๕๒๔-๕๓๒๔ ต่อ ๒๑๐,๒๑๐ หรือ

/๔. หากไม่...

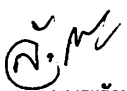
๔. หากไม่ประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ ก็สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ตามโรงพยาบาลเดิม


๕. ทั้งนี้ ผู้ประกันตนมีระยะเวลาในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ตั้งแต่ วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งสมาชิกผู้ประกันตนทราบด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง



(นางสาวรุจีพัชญ์ ทวีชัยกิติพงษ์)
ผู้อำนวยการกองคลัง

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมสาธิตฯ
ด้วย กองคลัง ขอแจ้งการเปลี่ยนสถานพยาบาล
ประจำปี 2561 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ รายละเอียดเอกสารฯ
ดังแนบ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และเห็นควรมอบ
งานการเงินดำเนินการต่อไป


(นางลักขณา คุณพระรักษ์)
27 ธ.ค. 2560


27 ธ.ค. 60

ดำเนินการตามแผน


27 ธ.ค. 60

มหาวิทยาลัยนเรศวร	
รับที่	10261
วันที่	22 ธ.ค. 2560
เวลา	10.24



พอ.
ที่ ๐๐๓๐.๗/๐๓๖๕

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก
ศาลากลางจังหวัด พล ๖๕๐๐๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

๙๐๐๔๑๖	22 ธ.ค. 2560
รับที่	วันที่
เวลา	ส่งคืน

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาล

① เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

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

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ สำหรับการ กำหนดสถานพยาบาลให้กับผู้ประกันตน หรือมีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลฯ การเลือก สถานพยาบาลผ่านนายจ้าง กรณีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ให้ยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับ บริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ต่อสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง ได้ระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป นอกจากรายชื่อสถานพยาบาล ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ แล้ว ท่านยังสามารถ ตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ได้ที่ www.sso.go.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ และกรณีที่ท่าน ต้องการทราบว่าลูกจ้างของท่านเลือกสถานพยาบาลแห่งใดบ้างสามารถขอข้อมูลได้ที่สำนักงานประกันสังคม ทุกแห่ง

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการ ทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล และรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

② เรียน อธิการบดี

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก แจ้งเรื่องการเปลี่ยน สถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑ และได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรอง สิทธิฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ โดยสำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลการ เปลี่ยนสถานพยาบาลผ่านทางนายจ้าง โดยให้ยื่นแบบตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งเวียน

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจิตราวรรณ มณีศรีวงศ์กุล)

ประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก

มีอ.ส.ท. ๒๖๐๗

๑๑ ธ.ค. ๒๕๖๐

๓) - ทง.เม
- 1๕๐๑๖

ฝ่ายทะเบียนและประสานการแพทย์

โทรศัพท์ ๐-๕๕๒๔-๕๓๒๔, ๐-๕๕๒๔๕๐๒๐

โทรสาร ๐-๕๕๒๔-๖๖๙๔

(ดร.สุชาติ เมืองแก้ว)

รองอธิการบดีฝ่ายประกันสังคม ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี
อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร

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

.....

.....

.....
.....

.....
.....

คำชี้แจง

- สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุตลอดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ
- เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ กรณีคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

1. การกรอกแบบรายละเอียดผู้ประกันตน

- 1.1 ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย นาย แล้วกรอก ชื่อ - สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน กรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
- 1.2 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
- 1.3 ผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างกรอกข้อมูลในช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33 ผู้ประกันตนที่นำส่งเงินสมทบด้วยตนเอง หรือลาออกจากการทำงานให้กรอกข้อมูลในช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41
- 1.4 การกรอกข้อมูลช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33
 - 1.4.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม
 - 1.4.2 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)
 - 1.4.3 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000
 - 1.4.4 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่เข้าทำงาน
 - 1.4.5 ได้รับค่าจ้างสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. ให้กรอกเดือนและ พ.ศ. ที่ได้รับค่าจ้างเดือนสุดท้ายจากนายจ้าง
- 1.5 การกรอกข้อมูลช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41
 - 1.5.1 ที่อยู่ปัจจุบัน ให้กรอกที่อยู่ปัจจุบันโดยละเอียดได้แก่ เลขที่ตึก หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ พร้อมด้วย หมายเลขโทรศัพท์มือถือ เพื่อที่สำนักงานจะได้ส่งข้อความสั้น (SMS) แจ้งผลการเลือกสถานพยาบาล และข้อมูลอื่น ๆ ให้กับผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือควรแจ้งแก่สำนักงานประกันสังคมทุกครั้งเพื่อการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว และเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกันตน
 - 1.5.2 ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน ให้กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน
 - 1.5.3 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)
 - 1.5.4 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000
 - 1.5.5 สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ ให้กรอกวันที่ เดือน และ พ.ศ. ที่สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้าง

2. การกรอกเลือกสถานพยาบาล

- 2.1 ข้อมูลทั่วไป ให้ทำเครื่องหมาย หน้าช่อง ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาลหรือ ขอใช้สถานพยาบาลเดิมหรือ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลเพียงช่องเดียว
 - 2.1.1 กรณี ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล ให้กรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ
 - 2.1.2 กรณี ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณีมาตรา 38 และมาตรา 41) ไม่ต้องกรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ
 - 2.1.3 กรณี ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล ให้ระบุเหตุผลโดย เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี หรือ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี กรณี เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี ให้ระบุสาเหตุ เช่น เลิกสาเหตุ ได้แก่ ย้ายที่อยู่ / เปลี่ยนสถานที่ทำงาน / เหตุผลอื่น ๆ กรณี เหตุผลอื่น ๆ ให้ระบุรายละเอียด เช่น เป็นคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน เป็นต้น

2.2. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

- 2.2.1 กรณีผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ให้ทำเครื่องหมาย ข้าพเจ้าผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอเลือกสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลให้ชัดเจน จำนวน 3 ลำดับ หากสถานพยาบาลที่เลือกลำดับแรกเต็ม สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 2 และ 3 ให้ตามลำดับ
- 2.2.2 กรณีคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำเครื่องหมาย ข้าพเจ้านักพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. หรือสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง

4. การตรวจสอบสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Mobile Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือที่เครื่องอ่าน Smart KIOSK ของกระทรวงมหาดไทย

รายชื่อสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม
ประจำปี ๒๕๖๑

รหัส สถานพยาบาล	ชื่อสถานพยาบาล	จังหวัด
๐๒๖๕๐๐๑	พุทธชินราช	พิษณุโลก
๑๒๖๕๐๐๒	ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช	พิษณุโลก
๐๒๖๔๐๐๑	สุโขทัย	สุโขทัย
๐๒๖๔๐๐๒	ศรีสังวร	สุโขทัย
๐๒๕๓๐๐๑	อุดรดิตถ์	อุดรดิตถ์
๐๒๖๖๐๐๑	พิจิตร	พิจิตร
๐๒๖๗๐๐๑	เพชรบูรณ์	เพชรบูรณ์
๐๒๖๒๐๐๑	กำแพงเพชร	กำแพงเพชร



สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก
ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก ชั้น 4
อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ 157/2533
ไปรษณีย์โทรเลขพิษณุโลก

6500R 1090004435 000000
มหาวิทยาลัยราชภัฏ พิษณุโลก
99ม. 9 ต. พิษณุโลก อ. พิษณุโลก จ. พิษณุโลก
อ. เมือง จ. พิษณุโลก 65000