



องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง
เลขที่รับ..... ๐๔๒
วันที่..... ๘ ม.ค. ๒๕๖๖
เรื่อง.....

ที่ กบ ๐๐๓๑/ว ๓๑๔

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกระบี่  
๙๙/๘ ถ.ศรีตรัง อ.เมือง จ.กระบี่ ๘๑๐๐๐

๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

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

ตามที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย Mobile Application หรือเพิ่มเพื่อน Line @ssothai โดยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง นั้น

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกระบี่ ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) และคำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒ มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย Mobile Application สายด่วนประกันสังคม โทร. ๑๕๐๖ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง หรือ Line @ssothai

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

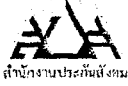
ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสมณฑา พลคง)  
ประกันสังคมจังหวัดกระบี่

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๖๖ ๓๖๒๐-๒๒ ต่อ ๓๑-๓๔

โทรสาร ๐ ๗๕๖๖ ๓๖๑๙



## 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 หรือพิสูจน์ทราบว่าผู้ประกันตนได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.3 ผู้ประกันตนสามารถทำการเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ 4 ช่องทาง ดังนี้

1) ยื่นแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02)

ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ

2) ทำรายการผ่าน [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)

3) ทำรายการผ่าน Mobile Applications

4) ทำรายการผ่าน Line official sso โดยเพิ่มเพื่อน @ssothai

\*\* ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือ หรือ SMS

4. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ให้สอบถามจากนายจ้าง / เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) หรือ สายด่วน 1506 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าวและมีจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

5. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ตรวจสอบได้ที่ [www.sso.go.th/Mobile](http://www.sso.go.th/Mobile) Application / โทรสายด่วน 1506 / สำนักงานประกันสังคม / สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ทุกแห่งทั่วประเทศ/เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย และ Add เพื่อน line @ssothai

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 มาตรา 39 สามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ

.....



# แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ .....  
วันที่ ..... เวลา .....  
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

## 1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า  นาย  นางสาว  นาง ..... ชื่อสกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] เกิด วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

### สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ .....

เลขที่บัญชี [ ]

ลำดับที่สาขา [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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 [ ]

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 ..... [ ]

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ ..... [ ]

ลำดับที่ 3 ชื่อ ..... [ ]

- 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. ....