



ที่ รัง ๐๖๑๓/ ว ๑๒๓๕

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑
ถนนอัษฎางค์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐

๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

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

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑ ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล และรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒ มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางรัศมี สุธดา)

ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๖๒๒ ๒๕๐๐-๑๕ ต่อ ๒๐๑, ๒๐๓, ๒๐๕

โทรสาร ๐ ๒๖๒๒ ๒๕๒๑

เรียน ผอ. ส่วน และ ผอช.ภาค

เพื่อโปรดทราบ และ แจ้งให้พนักงานราชการ ในสังกัดทราบโดยทั่วกัน

(นางรัฐตาภา ทุมวงษา)

ผบท.บอ



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน - เกิด วันที่เดือน 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

สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ 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 จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ

ลำดับที่ 3 ชื่อ

- ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ
และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

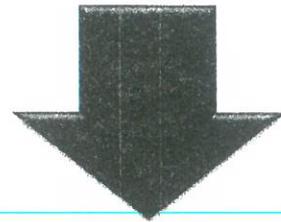
- เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล
 ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

รพ.ไม่รับผู้ประกันตนเพิ่ม

๑. คณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล
๒. จุฬาลงกรณ์
๓. เจริญกรุงประชารักษ์
๔. พระมงกุฎเกล้า
๕. รามาธิบดี
๖. ศิริราช
๗. ตำรวจ
๘. สมเด็จพระปิ่นเกล้า
๙. ภูมิพลอดุลยเดช
๑๐. สถาบันบำราศนราดูร
๑๑. ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
๑๒. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๑๓. มหาราชนครเชียงใหม่
๑๔. มหาวิทยาลัยนเรศวร
๑๕. เมตตาประชารักษ์-วัดไร่ขิง
๑๖. สงขลานครินทร์
๑๗. ศรีนครินทร์
๑๘. จันทบุรีเบกษา
๑๙. ค่ายสุรนารี
๒๐. ค่ายจักรพงษ์
๒๑. ค่ายประจักษ์ศิลปาคม
๒๒. ค่ายวชิราวุธ
๒๓. ค่ายสรรพสิทธิประสงค์
๒๔. ค่ายสมเด็จพระนเรศวร
๒๕. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ



หมายเหตุ : รพ.ที่ไม่รับ
ผู้ประกันตนเพิ่ม คือ เป็น
รพ.ที่ไม่สามารถเลือกได้
แต่ไม่ได้ออกจากโครงการ
ประกันสังคม