



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักบริหารกลาง กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล โทร ๐ ๒๖๒๕ ๕๒๔๐ ต่อ ๔๒๑๙
ที่ กษ ๐๔๐๑/ว ๑๐๙ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๙

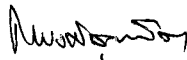
เรื่อง การให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลกรณีสถานพยาบาลเดิมออกจากระบบประกันสังคมในปี ๒๕๕๙
และคำชี้แจงในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๙

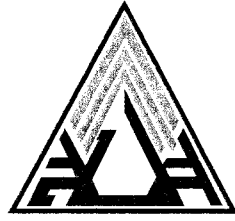
เรียน ทุกหน่วยงานในสังกัดส่วนกลาง สำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์ที่ ๑๐ และสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์กรุงเทพมหานคร

ตามหนังสือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครเขตพื้นที่ ๑ ที่ รง ๐๖๒๕/ว๐๐๕๖๘ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๘ เรื่อง การให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลกรณีสถานพยาบาลเดิมออกจากระบบประกันสังคมในปี ๒๕๕๙ และคำชี้แจงในการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๙ แจกสถานพยาบาล ที่ออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๙ โดยสำนักงานประกันสังคมได้จัดสถานพยาบาล ทดแทนและออกบัตรรับรองสิทธิ ฉบับใหม่ให้กับผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลนั้นให้ และสำหรับ ผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลไว้แล้ว โดยผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลสามารถ ยื่นแบบคำขอตามแบบ สปส.๙ - ๐๒ ต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครเขตพื้นที่/จังหวัด/สาขา ได้ทุกแห่ง ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙

ดังนั้น พนักงานราชการซึ่งเป็นผู้ประกันตนสามารถแจ้งเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ตามรายชื่อ สถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๙ และแนวปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๙ ปรากฏตามเอกสารแนบ ซึ่งสถานพยาบาลที่เลือกต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ประกันตนที่ ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ขอให้ส่งแบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส. ๙-๐๒) และสำเนาบัตรประชาชน ไปยังกลุ่มงานสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ ภายในวันจันทร์ที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เพื่อกลุ่มงานสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ จะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งเวียนให้พนักงานราชการในสังกัดข้างต้นทราบทั่วกัน


(นางโสภา พงศ์สุพัต)
ผู้อำนวยการสำนักบริหารกลาง



สำนักงานประกันสังคม

คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2559

เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้จัดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2559 จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. ผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลแล้วในปี 2559 สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2559 โดยยื่นแบบ สปส. 9-02 ได้ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2559 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559
2. เนื่องจาก มีสถานพยาบาลในปี 2558 ที่ไม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมในปี 2559 จำนวน 6 แห่ง

(1) โรงพยาบาลคามิลเลียน กรณีผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลและส่งแบบฯ กลับมายังสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 17 กันยายน 2558 สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนตามที่ได้เลือก หากสถานพยาบาลที่เลือกเต็มศักยภาพรวมถึงกรณีผู้ประกันตนไม่ได้เลือกสถานพยาบาลสำนักงานจะจัดสถานพยาบาลของรัฐบาลที่ใกล้สถานประกอบการทดแทนให้โดยระบุวันออกบัตร 1 มกราคม 2559 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

แพทย์(หมอนันต์) จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลเอกปทุม จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลหนองคาย-วัฒนา จังหวัดหนองคาย และโรงพยาบาลนอร์ท อีสเทอร์น-วัฒนา จังหวัดอุดรธานี จัดสถานพยาบาลทดแทนให้โดยระบุ วันออกบัตร 1 มกราคม 2559 ดังนี้

ที่	สถานพยาบาลที่ออกจากโครงการ ปี59	สถานพยาบาลทดแทน
๑	รวมแพทย์ชยันนาท	ชยันนาทเรนทร
๒	รวมแพทย์ (หมอนันต์)	สุรินทร์
๓	เอกปทุม	ปทุมธานี
๔	หนองคาย - วัฒนา	หนองคาย
๕	นอร์ท อีสเทอร์น - วัฒนา	อุดรธานี

(3) บัตรรับรองสิทธิฯ ดังกล่าวมีสัญลักษณ์ * และผู้ประกันตนที่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาลต้องยื่นแบบ สปส. 9-02 ต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขาใดก็ได้ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 โดยสถานพยาบาลที่เลือกต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

3. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในปี 2559 สามารถตรวจสอบได้ที่นายจ้าง หรือ เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th หรือ โทรศัพท์ 1506 กต 1 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เต็มศักยภาพที่จะรับผู้ประกันตนได้ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

4. ในการยื่นแบบ สปส. 9-02 ขอให้ท่านสำเนาบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิมไว้ก่อนคืนสำนักงานประกันสังคม สำหรับใช้รับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสถานพยาบาลที่เปลี่ยนใหม่จะใช้สิทธิได้ตามวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบสิทธิดังกล่าวได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม หรือโทรศัพท์ 1506 กต 1 และขอให้ยื่นแบบ สปส. 9-02 ตามระยะเวลาที่กำหนด ณ สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขาทุกแห่ง

5. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนโรงพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่โทรศัพท์ 1506 กต 1 ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขาทุกแห่ง

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี พ.ศ. 2559 แยกตามจังหวัด

กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลของรัฐบาล	5.รพ.ตากสิน*	10.รพ.ราชวิถี (สธ)	15.รพ.ศิริราช*
	1.คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล*	6.รพ.ตำรวจ	11.รพ.รามธิบดี	16.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า*
	2.รพ.กลาง*	7.รพ.นพรัตนราชธานี (สธ)*	12.รพ.ราชพิพัฒน์*	17.รพ.สิรินธร*
	3.รพ.จุฬาลงกรณ์	8.รพ.พระมงกุฎเกล้า	13.รพ.เลิดสิน (สธ)*	18.รพ.หลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ*
	4.รพ.เจริญกรุงประชารักษ์*	9.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	14.รพ.เวชการุณย์รัศมี *	
	สถานพยาบาลของเอกชน	9.รพ.บางปะกอก 8*	18.รพ.เพชรเวช*	27.รพ.สายไหม*
	1.รพ.กล้วยน้ำไท*	10.รพ.บางไผ่*	19.รพ.แพทย์ปัญญา*	28.รพ.สุขสวัสดิ์*
	2.รพ.เกษมราษฎร์ บางแค*	11.รพ.บางมด*	20.รพ.มเหล็ก*	29.รพ.หัวเฉียว*
	3.รพ.เกษมราษฎร์ ประชาชื่น	12.รพ.บี.แคร์ เมดิคอลเซ็นเตอร์	21.รพ.มงกุฎวัฒนะ	
	4.รพ.การุณเวช สุขภิบาล 3	13.รพ.ประชาพัฒน์*	22.รพ.ยันฮี*	
	5.รพ.เดชา*	14.รพ.เปาโล เมโมเรียล	23.รพ.ราษฎร์บูรณะ*	
	6.รพ.นวมินทร์*	15.รพ.เปาโล เมโมเรียล โชคชัย 4*	24.รพ.ลาดพร้าว	
	7.รพ.นวมินทร์ 9*	16.รพ.พระราม 2*	25.รพ.วิภาวดี	
	8.รพ.บางนา 1*	17.รพ.เพชรเกษม 2*	26.รพ.ศิรินครินทร์*	

จังหวัด	กระบี่	1.รพ.กระบี่ (สธ)*
	กาญจนบุรี	1.รพ.ค่ายสุรสีห์ 2.รพ.พหลพลพยุหเสนา (สธ)* 3.รพ.มะการักษ์ (สธ)*
	กาฬสินธุ์	1.รพ.กาฬสินธุ์ (สธ)*
	กำแพงเพชร	1.รพ.กำแพงเพชร (สธ)*
	ขอนแก่น	1.รพ.ขอนแก่น (สธ)* 2.รพ.ชุมแพ (สธ)* 3.รพ.ศรีนครินทร์
	จันทบุรี	1.รพ.พระปกเกล้า (สธ)*
	ฉะเชิงเทรา	1.รพ.พุทธโสธร (สธ)* 2.รพ.เกษมราษฎร์ ฉะเชิงเทรา* 3.รพ.จุฬารัตน์ 11*
	ชลบุรี	1.รพ.ชลบุรี (สธ)* 2.รพ.พนัสสินคม (สธ)* 3.รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์* 4.รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา* 5.รพ.เมืองพัทยา* 6.รพ.มหาวิทยาลัยบูรพา 7.รพ.ปิยะเวทซ์ บ่อวิน 8.รพ.แหลมฉบัง (สธ)* 9.รพ.พญาไทศรีราชา* 10.รพ.วิภาวดีแหลมฉบัง 11.รพ.วิภาวดี อมตะนคร 12.รพ.เอกชล 2*
	ชัยนาท	1.รพ.ชัยนาทเรนทร (สธ)*
	ชัยภูมิ	1.รพ.ชัยภูมิ (สธ)*
	ชุมพร	1.รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (สธ)*
	เชียงราย	1.รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ (สธ) * 2.รพ.เกษมราษฎร์ ศรีบุรินทร์ *
	เชียงใหม่	1.รพ.นครพิงค์ (สธ)* 2.รพ.มหาราชนครเชียงใหม่* 3.รพ.สันป่าตอง (สธ)* 4.รพ.เชียงใหม่ใกล้หมอ* 5.รพ.เทพปัญญา* 6.รพ.ราชเวชเชียงใหม่* 7.รพ.ลานนา*
	ตรัง	1.รพ.ตรัง (สธ)*
	ตราด	1.รพ.ตราด (สธ)*
	ตาก	1.รพ.แม่สอด (สธ)* 2.รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (สธ)*
	นครนายก	1.รพ.นครนายก (สธ)* 2.รพ.ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี
	นครปฐม	1.รพ.จันทบุรีเกษม 2.รพ.นครปฐม (สธ)* 3.รพ.เมตตาประชารักษ์ วัดไร่ขิง (สธ)* 4.รพ.เทพากร*
	นครพนม	1.รพ.นครพนม (สธ)*
	นครราชสีมา	1.รพ.ค่ายสุรนารี 2.รพ.เทรัตนนครราชสีมา (สธ)* 3.รพ.ปากช่องนานา (สธ)* 4.รพ.มหาราชนครราชสีมา (สธ)* 5.รพ.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี* 6.รพ.ป.แพทย์
	นครศรีธรรมราช	1.รพ.ค่ายวิภาวดี 2.รพ.ทุ่งสง (สธ)* 3.รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช (สธ)* 4.รพ.สิชล (สธ)*
	นครสวรรค์	1.รพ.สวรรค์ประชารักษ์ (สธ)* 2.รพ.รมฉัตร
	นนทบุรี	1.รพ.ชลประทาน* 2.รพ.พระนั่งเกล้า (สธ)* 3.สถาบันบำบัดคนราดูร (สธ)* 4.รพ.กรุงเทพ* 5.รพ.การุณเวช รัตนาธิเบศร์ 6.รพ.เกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์ 7.รพ.วิภาวดี ปากเกร็ด

สถานพยาบาลหลักในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ) มีโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนั้นๆ เป็นเครือข่าย
หมายเหตุ *มีสถานพยาบาลเครือข่ายตามผนวก



แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สป.ส. 9-02

เลขที่รับ ผู้รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
(สำหรับคนต่างตัวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)
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)

4. การรับบัตร

ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ
 ขอรับบัตรด้วยตนเอง

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

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับบัตร
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ
 ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล
ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.