



มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
รับเลขที่.....  
วันที่ 06/ม.ค. 2561

4

ที่ สน ๐๐๓๐/ว. ๒๓๗๕๕

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร  
ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลธาตุเชิงชุม  
อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ๕๗๐๐๐

๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาล

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒)
- ๒. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมประจำปี ๒๕๖๑ จังหวัดสกลนคร และรอยต่อของจังหวัด
- ๓. ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขของผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ประกันตน
- ๔. คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล

ด้วย สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิในการรักษาพยาบาลเพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ โดยผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นซึ่งทางราชการออกให้เพื่อขอรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนด กรณีผู้ประกันตนเป็นคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย กรณีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ให้ยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) ต่อสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง ได้ระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป สำหรับการกำหนดสถานพยาบาลให้กับผู้ประกันตน หรือมีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลการเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และกรณีที่ท่านต้องการทราบว่าลูกจ้างของท่านเลือกสถานพยาบาลแห่งใดบ้างสามารถขอข้อมูลได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลปี ๒๕๖๑ ได้จาก [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร จึงขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบและขอส่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านแจ้งให้คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน (ถ้ามี) ทราบ และแสดงความประสงค์เลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลประกันสังคมหรือเลือกใช้สิทธิสำนักงานหลักประกันสุขภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

13ธ 3๓๐๑๓๓๓  
นายแพทย์สมเกียรติ พงษ์บุณยกุล /  
รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร /  
6 ม.ค. 61

ขอแสดงความนับถือ

(นางเฉลิมพรรณ บุณนาคสีชัย)

ผู้จัดการงานทั่วไปชำนาญการ รักษาการผู้อำนวยการ (ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายบริหาร) ราชภัฏสกลนคร  
ประกันสังคมจังหวัดสกลนคร

รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทรศัพท์ ๐-๔๒๗๑-๒๖๖๒-๓ ต่อ ๔๐๑ โทรสาร ๐-๔๒๗๑-๓๐๗๒

สปส.จะยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ โดยให้ตรวจสอบจาก [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)

Application SSO Connect / โทรสายด่วน ๑๕๐๕





# 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

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 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. ....

## 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 พร้อมทั้ง หมายเลขโทรศัพท์มือถือ เพื่อที่สำนักงานจะได้ส่งข้อความสั้น (SMS) แจ้งผลการเลือกสถานพยาบาล และข้อมูลอื่น ๆ ให้แก่ผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือควรแจ้งแก่สำนักงานประกันสังคม ทุกครั้งเพื่อการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว 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

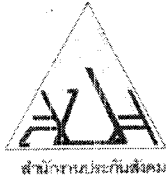
- 2.1 ข้อมูลทั่วไป ให้ทำเครื่องหมาย  หน้าช่อง ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาลหรือ ขอใช้สถานพยาบาลเดิมหรือ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลเพียงช่องเดียว
  - 2.1.1 กรณี  ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล ให้กรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ
  - 2.1.2 กรณี  ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณีมาตรา 38 และมาตรา 41) ไม่ต้องกรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ
  - 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](http://www.sso.go.th) / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. หรือสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง

### 4. การตรวจสอบสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบได้ที่ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) / Mobile Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือที่เครื่องอ่าน Smart KIOSK ของกระทรวงมหาดไทย



## สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร

1767/23 อ.สุขสวัสดิ์ ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมือง จ.สกลนคร โทร. 0-4271-2662-3 ต่อ 401

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร สาขาสว่างแดนดิน

351 ม.2 อ.บิตโย ต.สว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร โทร. 0-4277-6833

**ผู้ประกันตน มาตรา 33 , 39 สามารถยื่นเรื่องเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี 2561  
ได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 มีนาคม 2561 เพียงยื่นแบบ สปส.9-02**

รายชื่อสถานพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดสกลนคร และจังหวัดรอยต่อ

### จ.สกลนคร

รพ.สกลนคร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4271-1615 ต่อ 2370 มีเครือข่ายได้แก่

คลินิกหมอวันชัย คลินิกหมอสุจิน ศูนย์สุขภาพชุมชนสุขเกษม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า รพ.ค่ายกฤษณสีเวรา  
รพ.พระอาจารย์มั่น อาจารย์โร รพ.พระอาจารย์แบน ธนากโร รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

รพ.สมเด็จพระพุทธราชสว่างแดนดิน (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4272-1111 ต่อ 4038 มีเครือข่ายได้แก่

รพ.ค่ายกฤษณสีเวรา รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

### จ.กาฬสินธุ์

รพ.กาฬสินธุ์ (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4381-5610 มีเครือข่ายได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์แห่งที่ 2 (ดงป่อ)

ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.กาฬสินธุ์ สาขา 3 เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

### จ.มุกดาหาร

รพ.มุกดาหาร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4261-1285 ต่อ 1102, 1103 มีเครือข่ายได้แก่ รพ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์ รพ.แม่ถ้ำ จ.นครพนม

รพ.สมเด็จพระพุทธราชภูมินารายร์ จ.กาฬสินธุ์ รพ.สมเด็จพระพุทธราชเลิงนกทา จ.ยโสธร รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

### จ.นครพนม

รพ.นครพนม (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4251-1422 ต่อ 1035 มีเครือข่ายได้แก่ รพ.จิตเวชนครพนมราชชนครินทร์

รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง รพ.สมเด็จพระพุทธราชอาศุพนม ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนครพนม

ศูนย์สุขภาพชุมชนสวนเท็ดพระเกียรติห้วยเมือง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี

### จ.บึงกาฬ

รพ.บึงกาฬ (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4249-1161-3 ต่อ 286 มีเครือข่ายได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สถานีอนามัยตำบลหนองเติน

สถานีอนามัยตำบลโคกกว้าง สถานีอนามัยตำบลปลั่งคล้า รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

### จ.อุดรธานี

รพ.อุดรธานี (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0-4224-5555 ต่อ 3112 มีเครือข่ายได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข(เทศบาล 8)

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล(หนองสิม) ศูนย์บริการสาธารณสุขเก่าจวน

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองบัว ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดป่าโนนนินเวศน์ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 1

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

รพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม (กระทรวงกลาโหม) โทร. 0-4234-2777 ต่อ 27404-5, 27364

**สปส. จะยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ในปี 2561 โดยให้ตรวจสอบจาก [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)**



ประกาศสำนักงานประกันสังคม  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุข  
ของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการเลือกรับประโยชน์ทดแทน ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม หรือการเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑ แห่งคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบ แห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบ แห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เลขานุการสำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“การใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทน” หมายถึง เลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

“การรับสิทธิบริการสาธารณสุข” หมายถึง เลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนแสดงความประสงค์ใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือ รับสิทธิบริการสาธารณสุข และให้แสดงความประสงค์เลือกใช้สิทธิหรือเปลี่ยนแปลงสิทธิที่เลือกได้เป็นรายปี

(๑) คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๔ บุคคลตามมาตรา ๓๘ และ มาตรา ๔๑ แสดงความประสงค์ใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือรับสิทธิบริการสาธารณสุข ดังนี้

ก) กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ให้กรอกแบบเลือก สถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ระบุชื่อสถานพยาบาล และยื่นแบบฯ ได้ที่สำนักงาน ประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบฯ ทางอิเล็กทรอนิกส์

ข) กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กรอก แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ระบุขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยื่นแบบฯ ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบฯ ทางอิเล็กทรอนิกส์

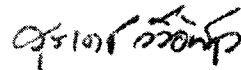
(๒) กรณีสำนักงานประกันสังคมรับแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ระหว่างวันที่ ๑ ถึง ๑๕ ของเดือนใดจะกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นวันที่ ๑๖ ของเดือนนั้น และหากสำนักงานประกันสังคมรับแบบฯ ระหว่างวันที่ ๑๖ ถึงวันทำการสุดท้ายของเดือน จะกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นวันที่ ๑ ของเดือนถัดไป

(๓) หากคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ยังไม่แสดงความประสงค์ใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือรับสิทธิบริการสาธารณสุขต่อสำนักงานประกันสังคม ผู้ประกันตนจะยังคงใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๔) การเปลี่ยนแปลงสิทธิ กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมหรือใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถแจ้งเปลี่ยนแปลงสิทธิต่อสำนักงานประกันสังคมได้ปีละหนึ่งครั้ง ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคมของทุกปี

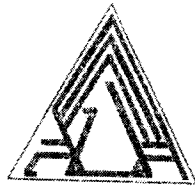
(๕) กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม หากมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์พบว่ามีการเลือกสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนนั้นไม่ประสงค์จะไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ได้รับสิทธิ สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปีได้ ทั้งนี้ กรณีย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน ให้แจ้งเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน นับแต่วันที่ย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



สำนักงานประกันสังคม

## คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาล

สำนักงานประกันสังคมได้จัดให้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวกรวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ ปี 2561 เป็นต้นไป เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ผู้ประกันตนคนไทย ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าว ต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย
2. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุความเป็นผู้ประกันตน
3. การเปลี่ยนสถานพยาบาล
  - 3.1 เปลี่ยนระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์ทราบว่าผู้ประกันตนมิได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน
  - 3.2 เปลี่ยนประจำปี ให้ยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02) ได้ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม จนถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป หรือยื่นแบบฯ ทางอิเล็กทรอนิกส์\*\* ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือและข้อความสั้น (SMS)
4. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ให้สอบถามนายจ้าง/เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) หรือ สายด่วน 1506 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าวและมีจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
5. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ตรวจสอบได้ที่ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) / Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ และเครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย
6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ