

ที่ ศธ ๐๗๐๘๘/ว ๐๒๔



สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดสตูล
๑๖๘ หมู่ ๖ ต.คลองขุด อำเภอเมือง
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๘ มกราคม ๒๕๖๙

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสตูล

จำนวน ๑ ชุด

พร้อมหนังสือฉบับนี้ สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดสตูล ขอส่งสำเนาหนังสือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสตูล เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่าง วันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ www.sso.go.th, Mobile Application Sso Plus+, Line @ssothai และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง www.sso.go.th เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย Mobile Application หรือเพิ่มเพื่อน Line @ssothai รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางวาสนา อนุสรณ์ประเสริฐ)
ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มอำนวยการ (งานการเงิน)

โทร.๐๗๔-๗๑๑๔๔๙

โทรสาร.๐๗๔-๗๒๑๔๑๓

“เรียนดี มีคุณธรรม”



ที่ สด ๐๐๓๑/ว ๗๙

สำนักงานส่งเสริมการเป็น
รับที่ 06๕
วันที่ ๗ ๑๐๗
ผู้รับ

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสตูล
ถนนยนตรการกำธร ตำบลคลองขุด
อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายจ้าง สถานประกอบการ

- 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, Mobile Application Sso Plus+, Line @ssothai และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง www.sso.go.th เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย Mobile Application หรือเพิ่มเพื่อน Line @ssothai โดยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง นั้น

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

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางชุตินา เหมทานนท์)
ประกันสังคมจังหวัดสตูล

- ☒ กลุ่มอำนาจการ
- ☒ กลุ่มยุทธศาสตร์และการพัฒนา
- ☒ กลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพระดับ
- ☒ กลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อ
- ☒ กลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อ
- ☒ กลุ่มนิเทศ ติดตามและประเมินผลการจัดการศึกษา

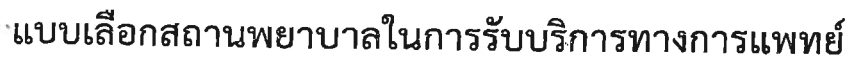
ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๗ ๒๑๗๔-๖ ต่อ ๒๑
โทรสาร ๐ ๗๔๗๒ ๑๓๙๖



ระบบ e-Self Service



รายชื่อสถานพยาบาล



ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน []-[]-[][][][]-[][][][][]-[][][]- [] เกิด วันที่เดือน พ.ศ.
 (สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี

--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--

ลำดับที่

--	--	--	--	--

 สาขา

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา					
--------------	--	--	--	--	--

สันสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ 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

☐ เห็นสมควรจัดสภานโยบาย

☐ ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.