



คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. สำนักงานประกันสังคมได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย หรือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่ออกโดยส่วนราชการ หรือแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport)

2. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุความเป็นผู้ประกันตน

3. การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 เปลี่ยนระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์ทราบว่าผู้ประกันตนมิได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.2 เปลี่ยนประจำปี ให้ดำเนินการได้ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม จนถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป

3.3 ผู้ประกันตนสามารถทำการเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ 3 ช่องทาง ดังนี้

1) ยื่นแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02)

ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ

2) ทำรายการผ่าน www.sso.go.th

3) ทำรายการผ่าน Applications SSO Connect

** ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลการเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือ หรือ SMS

4. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ให้สอบถามจากนายจ้าง / เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th หรือ สายด่วน 1506 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าวและมีจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

5. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 / สำนักงานประกันสังคม / สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ทุกแห่งทั่วประเทศ และเครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ

.....

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปี ๒๕๖๓ ของจังหวัดนครพนมและจังหวัดร้อยต่อ

โรงพยาบาลนครพนม (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐๔๒๕๑ ๑๔๒๒ ต่อ ๑๐๓๕

- รพ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์
- รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง
- รพ.สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนครพนม
- ศูนย์สุขภาพชุมชนสวนเทิดพระเกียรติท้ายเมือง
- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
- รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

โรงพยาบาลสกลนคร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐๔๒๗๑ ๑๖๑๕ ต่อ ๒๓๗๐

- คลินิกเวชกรรม นพ.วันชัย จำเริญญ
- คลินิกเวชกรรมหมอสุนิ
- ศูนย์สุขภาพชุมชนสุขเกษม
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า
- รพ.ค่ายกฤษณ์สีวะรา
- รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
- รพ.พระอาจารย์แบน ธนากโร
- รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐๔๒๗๒ ๑๑๑๑ ต่อ ๑๑๑๐

- รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

โรงพยาบาลมุกดาหาร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐๔๒๖๑ ๑๒๘๕ ต่อ ๑๑๐๒, ๑๑๐๓

- รพ.เขาวง จ.ภาพสินธุ์
- รพ.นาแก จ.นครพนม
- รพ.สมเด็จพระยุพราชกุณินารายณ์ จ.ภาพสินธุ์
- รพ.สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จ.ยโสธร
- รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

โรงพยาบาลบึงกาฬ (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐๔๒๔๔ ๑๑๖๑-๓ ต่อ ๒๘๖

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
- รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน	
<p>ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง ชื่อสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.</p> <p>(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)</p>	
<p>สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33</p> <p>ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ</p> <p>เลขที่บัญชี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ลำดับที่สาขา <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.</p> <p>ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.</p>	<p>สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย</p> <p>ถนน แขวง/ตำบล</p> <p>เขต/อำเภอ จังหวัด</p> <p>รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ</p> <p>ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน</p> <p>เลขที่บัญชี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ลำดับที่สาขา <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>สิ้นสุดสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.</p>
2. การเลือกสถานพยาบาล	
<p><input type="checkbox"/> ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)</p> <p><input type="checkbox"/> ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)</p> <p><u>เหตุผล</u></p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี</p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี</p> <p><u>เนื่องจาก</u></p> <p><input type="checkbox"/> ย้ายที่อยู่</p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานที่ทำงาน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)</p>	<p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ) ขอเลือกสถานพยาบาล</p> <p>ลำดับที่ 1 ชื่อ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ</p> <p>ลำดับที่ 2 ชื่อ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ลำดับที่ 3 ชื่อ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)</p>
<p>ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ (.....) ลงวันที่ เดือน พ.ศ.</p>	
สำหรับเจ้าหน้าที่	
<p><u>ความเห็นเจ้าหน้าที่</u></p> <p><input type="checkbox"/> เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ (.....) ลงวันที่ เดือน พ.ศ.</p>	