ที่ ศธ ๐๔๐๓๓/ ๑๒๖

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา
ฉะเชิงเทรา เขต ๒ เลขที่ ๒๐๙/๑ หมู่ที่ ๓
ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม
จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๑๒๐

๑๒ มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต ๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดรอยต่อ ปี ๒๕๕๘
๒. แบบขอรับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส.๙-๐๒)

ด้วยสำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา จัดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘ สำหรับผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลไว้แล้ว โดยผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลยื่นคำขอตามแบบ สปส.๙-๐๒ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขาทุกแห่งที่ใดก็ได้ตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ รวมทั้งจะดำเนินการจัดสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมทดแทนให้ โดยมีสัญลักษณ์* และออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลฉบับใหม่ให้กับผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลไว้แล้ว แต่สถานพยาบาลนั้นออกจากการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘ โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นคำขอ เปลี่ยนสถานพยาบาลได้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา ให้ผู้ประกันตนตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘ ที่เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th หรือโทรศัพท์ ๑๕๐๖ กด ๑ โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เต็มศักยภาพที่จะรับผู้ประกันตนได้ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่ผู้ประกันตนทำงาน เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ลูกจ้างชั่วคราวทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่ ร.ต.
(สุพจน์ บุญยืน)
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2

กลุ่มงานบริหารการเงินและสินทรัพย์
โทร. ๐๓๘-๕๕๑-๔๕๖ ต่อ ๑๘

สำนักงานประกันสังคม

คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2558

เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้จัดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2558 จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. ผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลแล้วในปี 2558 สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2558 โดยยื่นแบบ สปส. 9-02 ได้ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2558 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558

2. เนื่องจาก มีสถานพยาบาลในปี 2557 ที่ ไม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมในปี 2558 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรัตนเวช จังหวัดนครสวรรค์ และ โรงพยาบาลเมืองเพชร – ธนบุรี จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานประกันสังคมจึงจัดสถานพยาบาลโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ให้แทน โดยระบุวันออกบัตร 1 มกราคม 2558 โดยผู้ประกันตนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558

3. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในปี 2558 สามารถตรวจสอบได้ที่นายจ้าง หรือ เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม WWW.SSO.GO.TH หรือ**โทรศัพท์ 1506 กด 1** โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เต็มศักยภาพที่จะรับผู้ประกันตนได้ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางแพทย์

4. ในการยื่นแบบ สปส. 9-02 ขอให้ท่านสำเนาบัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิมไว้ก่อนคืนสำนักงานประกันสังคม สำหรับใช้รับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสถานพยาบาลที่เปลี่ยนใหม่จะใช้สิทธิได้ตามวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบสิทธิดังกล่าวได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม WWW.SSO.GO.TH หรือโทรศัพท์ 1506 กด 1 และขอให้ยื่นแบบ สปส. 9-02 ตามระยะเวลาที่กำหนด ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขาทุกแห่ง

5. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนโรงพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่โทรศัพท์ 1506 กด 1 ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง

.....

<u>หมายเหตุ</u> สถานพยาบาลเพิ่มเติมปี ๒๕๕๘ คือ โรงพยาบาลเมืองพัทยา รหัส ๒๒๑๐๑๘๔ จังหวัดชลบุรี

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดรอยต่อ ประจำปี 2558

ฉะเชิงเทรา

1. รพ. พุทธโสธร (สธ)* 0224001
2. รพ. จุฬารัตน์ 11* 2224002
3. รพ. โสธราเวช* 2224003

สถานพยาบาลจังหวัดรอยต่อ

กรุงเทพมหานคร (สถานพยาบาลของรัฐ)

1. รพ. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช* ★ 1210012
2. รพ. กลาง* 1210001
3. รพ. จุฬาลงกรณ์ ★ 1210002
4. รพ. เจริญกรุงประชารักษ์* ★ 1210003
5. รพ. ตากสิน* 1210005
6. รพ. ตำรวจ 1210004
7. รพ. นพรัตนราชธานี (สธ)* 0210006
8. รพ. พระมงกุฎเกล้า ★ 1210007
9. รพ. ภูมิพลอดุลยเดช ★ 1210008
10. รพ. ราชวิถี (สธ) 0210009
11. รพ. รามาธิบดี ★ 1210010
12. รพ. ราชพิพัฒน์* 1210105
13. รพ. เลิดสิน (สธ)* 0210011
14. รพ. เวชการุณย์รัศมิ์* 1210170
15. รพ. ศิริราช* ★ 1210013
16. รพ. สมเด็จพระปิ่นเกล้า* ★ 1210014
17. รพ. สิรินธร* 1210122
18. รพ. หลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ* 1210085

กรุงเทพมหานคร (สถานพยาบาลของเอกชน)

1. รพ. กล้วยน้ำไท* 2210015
2. รพ. การุญเวช สุขาภิบาล ๓ (เกษมราษฎร์) 2210079
3. รพ. เกษมราษฎร์ บางแค* 2210030
4. รพ. เกษมราษฎร์ ประชาชื่น 2210047
5. รพ. คามิลเลียน 2210018
6. รพ. เดชา* 2210035
7. รพ. นวมินทร์ * 2210042
8. รพ. นวมินทร์ 9* 2210152
9. รพ. บางนา 1* 2210028
10. รพ. บางปะกอก ๘ **New** 2210211
11. รพ. บางไผ่* 2210020
12. รพ. บางมด* 2210021
13. รพ. บี.แคร์ เมดิคอลเซ็นเตอร์ **New** 2210078
14. รพ. ประชาพิพัฒน์ (นวมินทร์ 2)* 2210045
15. รพ. เปาโล เมโมเรียล 2210025
16. รพ. เปาโล เมโมเรียล โชคชัย 4* 2210036
17. รพ. พระราม 2* 2210041
18. รพ. เพชรเกษม 2* 2210184
19. รพ. เพชรเวช* 2210029
20. รพ. แพทย์ปัญญา* 2210022
21. รพ. มงกุฎวัฒนะ 2210092
22. รพ. มเหสักข์* 2210032
23. รพ. ยันฮี* 2210050
24. รพ. ราษฎร์บูรณะ* 2210043
25. รพ. ลาดพร้าว 2210039
26. รพ. วิภาราม 2210051
27. รพ. ศิครินทร์* 2210044
28. รพ. สายไหม 2210129
29. รพ. สุขสวัสดิ์ (กรุงธน 2)* 2210038
30. รพ. หัวเฉียว* 2210052

ชลบุรี

1. รพ. ชลบุรี (สธ)* 0220001
2. รพ. ปิยะเวชช์ บ่อวิน 2220030
3. รพ. พญาไทศรีราชา* 2220010
4. รพ. พนัสนิคม (สธ)* 0220007
5. รพ. มหาวิทยาลัยบูรพา* 1220023
6. รพ. วิภารามแหลมฉบัง **New** 2220035
7. รพ. สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์* 1220009
8. รพ. สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา* 1220003
9. รพ. แหลมฉบัง (สธ)* 2211008
10. รพ. เอกชล 2* 2220027

นครนายก

1. รพ. นครนายก (สธ)* 0226001
2. รพ. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน ราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 1226002

ปทุมธานี

1. รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ★ 1213002
2. รพ. ปทุมธานี (สธ)* 0213001
3. รพ. การุญเวช ปทุมธานี* (นวนคร) 2213003
4. รพ. ปทุมเวช 2213006
5. รพ. แพทย์รังสิต 2213007
6. รพ. ภัทร-ธนบุรี* 2213009
7. รพ. เอกปทุม 2213008

ปราจีนบุรี

1. รพ. กบินทร์บุรี (สธ)* 0225004
2. รพ. ค่ายจักรพงษ์ 1225002
3. รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร (สธ)* 0225001

สมุทรปราการ

1. รพ. บางบ่อ (สธ)* 0211024
2. รพ. บางพลี (สธ)* 0211025
3. รพ. สมุทรปราการ (สธ)* 0211001
4. รพ. จุฬารัตน์ 3* 2211002
5. รพ. จุฬารัตน์ 9* 2211008
6. รพ. เซ็นทรัล ปาร์ค* 2211007
7. รพ. บางนา 2* 2211006
8. รพ. บางนา 5* 2211041
9. รพ. บางปะกอก 3 พระประแดง* 2211012
10. รพ. ปิยะมินทร์* 2211013
11. รพ. เปาโล เมโมเรียล สมุทรปราการ* 2211009
12. รพ. เมืองสมุทรปากน้ำ* 2211003
13. รพ. เมืองสมุทรปู่เจ้าฯ* 2211014
14. รพ. รวมชัยประชารักษ์* 2211015
15. รพ. รัทรินทร์* 2211010
16. รพ. วิภาราม - ชัยปราการ* 2211035
17. รพ. สำโรงการแพทย์* 2211004

สระแก้ว

1. รพ. สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (สธ)* 0227001

จันทบุรี

1. รพ. พระปกเกล้า (สธ)* 0222001

รวม 91 สถานพยาบาล

★ *รพ.ไม่รับผู้ประกันตน เพิ่ม / เปลี่ยน*

สปส. 9-02

สำนักงานประกันสังคม

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เลขที่รับ.....
วันที่.....เวลา.....
ลงชื่อ.....ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ..... ชื่อสกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ เกิด วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ .....

เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

เข้างานเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. .....

2. สำหรับ**ผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล**

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ .....

☐☐☐☐☐☐☐
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ .....หรือ

☐☐☐☐☐☐☐
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ .....

☐☐☐☐☐☐☐
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

3. สำหรับ**ผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร**

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ .....

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ .....

☐☐☐☐☐☐☐
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เหตุผล ☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

☐ ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

☐ ย้ายที่อยู่ ☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

เอกสารที่แนบ ☐ บัตรฉบับเดิม ☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่

☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม .....

☐ บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย

☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

เอกสารที่แนบ ☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

4. การรับบัตร

☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ

☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ประกันตน

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับบัตร

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล .....

.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....