



ที่ ศธ 04114/๑๖๓๕

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร
ถ.วิจิตรถาวร อ.เมือง จ.มุกดาหาร 49000

22 ธันวาคม 2557

เรื่อง บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร ทุกโรง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร ที่ มท 0030/6996 ลว.3 ชค.57

ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร ได้ส่งบัตรรับรองสิทธิการ
รักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร

ดังนั้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร จึงขอให้ท่านแจ้งลูกจ้างชั่วคราว
ในสังกัดของท่าน เข้าไปรับบัตรดังกล่าว ที่ กลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์ สพป.มุกดาหาร โดยรายละเอียด
อื่น ๆ ให้ดูตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุริยะ ใจวงษ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

โทร. 042-611532 ต่อ 11

(Handwritten mark)

ที่ มท ๐๐๓๐/๖๕๕๖



3477
วันที่ 19 กรกฎาคม 2557
นางสาว...

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร
๑/๘ ถ.วงศ์คำพา อ.เมือง มท ๕๙๐๐๐

๓ ธันวาคม ๒๕๕๗

เรื่อง บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล	จำนวน	๑	ชุด
	๒. รายงานบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล	จำนวน	๑	ชุด
	๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี ๒๕๕๘	จำนวน	๑	ชุด
	๔. แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส.๙-๐๒)	จำนวน	๑	ชุด

ด้วยบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนทุกคนจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ สำนักงานประกันสังคมมุกดาหาร จึงออกบัตรรับรองสิทธิ ฉบับใหม่ ให้แก่ผู้ประกันตน ซึ่งเริ่มใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ เป็นระยะเวลา ๒ ปี โดยระบุสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฉบับเดิม ยกเว้นสถานพยาบาลเดิมไม่เข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ปี ๒๕๕๘ สำนักงานประกันสังคมมุกดาหาร ได้จัดสถานพยาบาลทดแทนให้ผู้ประกันตนในการนี้ จึงขอความร่วมมือให้ท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. มอบบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ให้แก่ผู้ประกันตนตามที่ปรากฏชื่อในรายงาน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และกรุณาแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบว่า ผู้ประกันตนรายใดมีความประสงค์ที่จะเลือกสถานพยาบาลใหม่ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) สามารถยื่นคำขอตามแบบ สปส. ๙-๐๒ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขา ทุกแห่ง ตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ ซึ่งสถานพยาบาลที่เลือกต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) สถานพยาบาลในเขตจังหวัดที่ประจำทำงานหรือเขตจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่ประจำทำงาน หรือ

(๒) สถานพยาบาลในเขตจังหวัดที่พำนักอาศัยหรือเขตจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่พำนักอาศัย

๒. กรณีผู้ประกันตนลาออกจากงานและไม่สามารถมอบบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้บุคคลนั้นได้ กรุณาส่งคืนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้สำนักงานประกันสังคมมุกดาหาร และตรวจสอบการแจ้งเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริงของบุคคลดังกล่าว หากพบว่ายังมีได้ดำเนินการให้ยื่นแบบ สปส. ๖-๐๙

อนึ่ง การแจ้งสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนต้องดำเนินการตั้งแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นจะมีความผิดตามที่กฎหมายกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ที่ให้ความร่วมมือด้วยดีมาตลอด

ขอแสดงความนับถือ

(Handwritten signature)

(นายวรวิทย์ ทศนสัมฤทธิ์)
ประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร

โทร. ๐ ๔๒๖๓ ๐๒๗๒-๓ ต่อ ๒๐-๒๒

โทรสาร ๐ ๔๒๖๑ ๑๗๐๘

ผนวก
สถานพยาบาลเครือข่ายประจำปี พ.ศ. 2558

จ.มุกดาหาร

รพ.มุกดาหาร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4261 1285 ต่อ 1102
 รพ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์ รพ.นาแก จ.นครพนม รพ.สมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์
 รพ.สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จ.ยโสธร สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี สถานีอนามัยทุกแห่งในจังหวัด
 รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จ.นครพนม

รพ.นครพนม (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4251 1422 ต่อ 1035
 รพ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์ รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง รพ.สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
 รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จ.สกลนคร

รพ.สกลนคร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4271 6568
 คลินิกหมอวันชัย คลินิกหมอสุชิน คลินิกนายแพทย์สุรพล ศูนย์สุขภาพชุมชนสุขเกษม
 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า รพ.ค่ายกฤษณสีเวรา รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จ.กาฬสินธุ์

รพ.กาฬสินธุ์ (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4381 5610
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ แห่งที่ 2 (ดงปอ) ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.กาฬสินธุ์ สาขา3 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์
 รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จ.ร้อยเอ็ด

รพ.ร้อยเอ็ด (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4351 8200 ต่อ 2024
 รพ.ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รพ.จตุรพักตรพิมาน
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกแห่ง
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จ.ยโสธร

รพ.ยโสธร (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4572 2489
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองยโสธร ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองยศ สำนักงานสาธารณสุข จ.ยโสธร
 รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

จ.อำนาจเจริญ

รพ.อำนาจเจริญ (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 4551 1940 - 8 ต่อ 1251
 สำนักงานสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัด ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ ศูนย์แพทย์โนนหนามแห่ง
 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด



สำนักงานประกันสังคม

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สปส. 9-02

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. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 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 บัตรรับรองสิทธิ ฉบับเดิม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับบัตร

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ

ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ ระบุเหตุผล

.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)