



เทศบาลเมืองปากพูน
เลขรับที่ ๐๐๕๕
วันที่ ๐๔ ม.ค. ๒๕๖๖
เวลา 16:10 น.

ที่ นศ ๐๐๓๑/๙๗๙

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราช  
๒๘๙ ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช  
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง **การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี**

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒)
  ๒. คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล
  ๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม

ตามที่สำนักงานประกันสังคม ได้กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้ ๔ ช่องทาง ดังนี้ ๑) ยื่นคำขอตามแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ได้ทุกแห่ง ๒) ทำรายการผ่าน [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) ๓) ทำรายการผ่าน Applications SSO Connect และ ๔) ทำรายการผ่าน Line official sso โดยเพิ่มเพื่อน @ssothai นั้น

ในการนี้ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราชขอส่งแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล และรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางอภิญา เอียดบัว)

นักวิชาการแรงงานชำนาญการ รักษาการแทน  
ประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราช

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์  
โทรศัพท์ ๐ ๙๕๓๕ ๓๒๐๒ - ๕ ต่อ ๑๗ - ๒๐ , ๐๘ ๐๖๒๓ ๙๗๕๒  
โทรสาร ๐ ๙๕๓๕ ๗๔๗๔



## คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

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

2. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุความเป็นผู้ประกันตน

3. การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 เปลี่ยนประจำปี ให้ดำเนินการได้ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม จนถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป

3.2 เปลี่ยนระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์ทราบว่าคุณประกันตนได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.3 ผู้ประกันตนสามารถทำการเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ 4 ช่องทาง ดังนี้

1) ยื่นแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ

2) ทำรายการผ่าน [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)

3) ทำรายการผ่าน Application SSO Connect

4) ทำรายการผ่าน Line official sso โดยเพิ่มเพื่อน @ssothai

4. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ให้สอบถามจากนายจ้าง/เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) หรือ สายด่วน 1506 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงาน หรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าวและมีจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

5. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ตรวจสอบได้ที่ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) /Application SSO Connect /โทรสายด่วน 1506 / สำนักงานประกันสังคม / สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย และ Add เพื่อน line @ssothai

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสุดสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 มาตรา 39 สามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสุดสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ

.....  
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราช 0 7535 7202 – 5 ต่อ 17-20 ,08 0623 9752

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี พ.ศ. 2566  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. โรงพยาบาลทุ่งสง (กระทรวงสาธารณสุข) โทรศัพท์ 0 7541 0100 ต่อ 1199  
รพ. ทุ่งสง - ชัยชุมพล ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ปากพนัง รพ. ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11  
ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง รพ. ร่อนพิบูลย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง รพ. ฉวาง สถานีอนามัยทุกแห่งในจังหวัด  
รพ. ค่ายเทพสตรีศรีสุนทร รพ. พ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ รพ. ชุมชน และรพ.สต. ทุกแห่งในจังหวัด
2. โรงพยาบาลท่าศาลา (กระทรวงสาธารณสุข) โทรศัพท์ 0 7552 1333 ต่อ 128  
ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ปากพนัง รพ. ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 รพ. ชุมชน และรพ.สต. ทุกแห่งในจังหวัด
3. โรงพยาบาลมหาสารานครศรีธรรมราช (กระทรวงสาธารณสุข) โทรศัพท์ 0 7534 0250 ต่อ 1208 , 4203  
ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ปากพนัง รพ. ชุมชน และรพ.สต. ทุกแห่งในจังหวัด
4. โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (กระทรวงศึกษาธิการ) โทรศัพท์ 0 7567 3823  
รพ.สต. ทุกแห่งในจังหวัด
5. โรงพยาบาลสิชล (กระทรวงสาธารณสุข) โทรศัพท์ 0 7553 5639  
รพ. เทศบาลนครนครศรีธรรมราช รพ. สมเด็จพระยุพราชฉวาง รพ. ชุมชนทุกแห่งในจังหวัด
6. โรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ โทรศัพท์ 0 7580 9581  
(สำหรับผู้ป่วยประกันตนรายเดิม ไม่รับผู้ป่วยประกันตนรายใหม่เพิ่มเติม)

หมายเหตุ รายชื่อสถานพยาบาลเขตรอยต่อจังหวัดนครศรีธรรมราช

1. โรงพยาบาลกระบี่ (กระทรวงสาธารณสุข)
2. โรงพยาบาลตรัง (กระทรวงสาธารณสุข)/โรงพยาบาลทีอาร์พีเอช
3. โรงพยาบาลสงขลา/โรงพยาบาลหาดใหญ่ (กระทรวงสาธารณสุข)/โรงพยาบาลสงขลานครินทร์/โรงพยาบาลศิริรินทร์ หาดใหญ่ (เอกชน)
4. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี/โรงพยาบาลเกาะสมุย (กระทรวงสาธารณสุข)/โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์
5. โรงพยาบาลพัทลุง (กระทรวงสาธารณสุข)



## 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 ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (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 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุตลอดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตน สามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ
- เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ กรณีคนต่างด้าว ต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (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 หรือ ลาออกจากการทำงานให้กรอกข้อมูลในช่อง 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 เลขที่ตั้ง หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ พร้อมด้วย 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 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล **เพียงช่องเดียว**
  - 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 / เหตุผลอื่นๆ
  - กรณี  เหตุผลอื่น ๆ ให้ระบุรายละเอียด เช่น เป็นคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน เป็นต้น
- 2.2 ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล
  - 2.2.1 กรณีผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ให้ทำเครื่องหมาย  ข้าพเจ้าผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอเลือกสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาล ให้ชัดเจน จำนวน 3 ลำดับ หากสถานพยาบาลที่เลือกลำดับแรกเต็ม สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 2 และ 3 ให้ตามลำดับ
  - 2.2.2 กรณีคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำเครื่องหมาย  ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน 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