



# สำคัญ บันทึกข้อความ

3645  
2 มค 2556

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร.1011, 1012

ที่ มอ 350(1.1)/198

วันที่ 25 ธันวาคม 2555

เรื่อง การขยายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลแก่บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ ตลอดจนญาติสายตรง

เรียน หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้าฝ่าย/หน่วยงาน (.....งานวิจัย.....)

ด้วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรในสาขาหลัก ๆ โดยเฉพาะพยาบาลโอนย้ายหรือลาออกเพื่อไปทำงานกับหน่วยงานราชการอื่นซึ่งได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการได้รับสวัสดิการทั้งตนเองและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักทำให้เป็นอุปสรรคต่อการขยายงาน ที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ เมื่อ 12 ตุลาคม 2555 และที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เมื่อ 29 ตุลาคม 2555 เห็นชอบในหลักการการจัดสวัสดิการด้านการรักษายาบาลของบุคลากรและญาติสายตรงของคณะแพทยศาสตร์ ดังนี้ :-

ก.) กลุ่มบุคคลที่ได้รับการอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนสิทธิ :-

1. บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานสังกัดหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะจ้างด้วยเงินรายได้ของคณะแพทยศาสตร์ หรือเงินกองทุนอื่นใดของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือผู้เกษียณอายุราชการ/ลาออก ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป รวมถึงญาติสายตรงตามกฎหมาย ดังนี้ :-
  - 1.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ : วุฒิการศึกษาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ทัวไป ปริญญาตรี (สาขาขาดแคลน หรือมีใบประกอบวิชาชีพ) ปริญญาโท ปริญญาเอก / วุฒิปับตร รวมถึงลูกจ้างรายวันและพนักงานจ้างเหมา
  - 1.2 บุคลากรที่เกษียณอายุราชการ / ลาออก : เกษียณอายุราชการ 60 ปี เกษียณอายุราชการก่อนกำหนดหรือลาออก ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป
  - 1.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของคณะแพทยศาสตร์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่อาคารเย็นศิระ (จ้างด้วยเงินกองทุนอาคารเย็นศิระ) เจ้าหน้าที่ศูนย์ความร่วมมือพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภาคใต้(จ้างด้วยเงินศูนย์ความร่วมมือพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภาคใต้) เจ้าหน้าที่ศูนย์อาหาร (จ้างด้วยเงินศูนย์อาหาร) ผู้ช่วยวิจัย (จ้างด้วยเงินของอาจารย์ผู้วิจัย) ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของคณะแพทยศาสตร์ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป
2. ญาติสายตรงตามกฎหมาย หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรของผู้มีสิทธิ

เรียน หัวหน้างานพัสดุ

เพื่อทราบ

จึงขอ

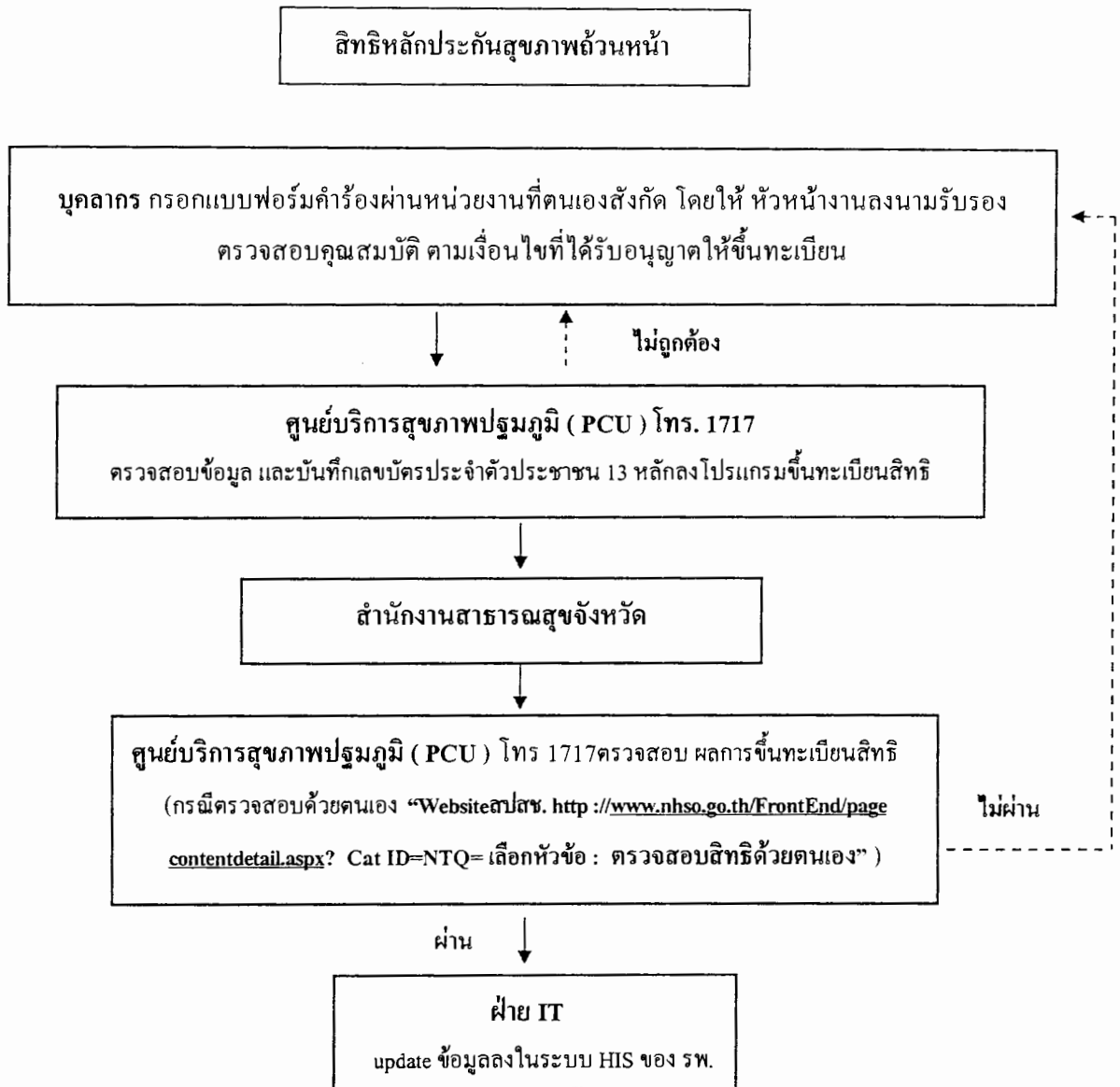
2 มค 56

แจ้งทุกฝ่าย

3 มค 56

ประเภทบุคลากร	การขึ้นทะเบียนสิทธิ			
	สิทธิตนเอง		สิทธิญาติสายตรง	
	ประกันสังคม	บัตรทอง	ประกันสังคม	บัตรทอง
<b>บุคลากรคณะแพทย์/ญาติสายตรง</b>				
1. บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ ที่ปฏิบัติงานอยู่				
1.1 ลูกจ้างรายวัน พนักงานจ้างเหมา				
1.2 ต่ำกว่าปริญญาตรี			✓	อายุงาน 2 ปี ขึ้นไป
1.3 ปริญญาตรี ทัวไป			✓	อายุงาน 1 ปี ขึ้นไป
* 1.4 ปริญญาตรีสาขาขาดแคลนที่ให้บริการทางการแพทย์	✓	ตั้งแต่วันบรรจุ	-	-
1.5 ปริญญาโท			✓	ตั้งแต่วันบรรจุ
1.6 ปริญญาเอก / วุฒิบัณฑิต				
2. บุคลากร คณะแพทยศาสตร์ ที่เกษียณอายุ/ ลาออก				
2.1 เกษียณอายุราชการ 60 ปี	✓	ปฏิบัติงาน 10 ปี ขึ้นไป	✓	ปฏิบัติงาน 10 ปี ขึ้นไป
2.2 เกษียณอายุราชการก่อนกำหนด				
2.3 ลาออก				
3. บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการกิจของคณะฯ				
3.1 อาคารเอ็นศิริระ (จ้างด้วยเงินกองทุนอาคารเอ็นศิริระ)	✓	ปฏิบัติงาน 6 เดือน ขึ้นไป (กรณีลาออก/ เลิกจ้างให้ปลดสิทธิ)	✓	อายุงาน 3 ปี ขึ้นไป
3.2 HACC (จ้างด้วยเงินศูนย์ HACC)				
3.3 ศูนย์อาหาร (จ้างด้วยเงินศูนย์อาหาร)				
3.4 ผู้ช่วยวิจัย (จ้างด้วยเงินจ้างของอาจารย์ผู้วิจัย)				

ข.) ขั้นตอน การขึ้นทะเบียนสิทธิ :-



เอกสารประกอบ :-

1. สำเนาบัตรบุคลากร / บัตรพนักงานมหาวิทยาลัย / บัตรข้าราชการ หรือ หนังสือรับรองบุคลากรเกษียณอายุราชการตามกำหนด / ก่อนกำหนด / ลาออก 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาสูติบัตรของผู้ขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริงของผู้ขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคองหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคองหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย / นาง / นางสาว / ค.ณ. / ค.ช. ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล ( กรณีมี ) 1 ฉบับ

สิทธิประกันสังคม

บุคลากร กรอกแบบฟอร์มคำร้องผ่านหน่วยงานที่ตนเองสังกัด โดยให้ หัวหน้างานลงนามรับรอง ตรวจสอบคุณสมบัติ ตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนสิทธิ

งานการเจ้าหน้าที่คณะแพทยศาสตร์

ตรวจสอบเอกสาร พร้อมขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคมผ่านระบบ Online

ตัวจริง

สำเนา

สำนักงานประกันสังคม

- ขึ้นทะเบียนสิทธิและออกบัตรประกันสังคม
- ส่งบัตรผู้ประกันตนให้การเจ้าหน้าที่ เพื่อส่งมอบให้บุคลากรของแต่ละหน่วยงาน

เวชระเบียน / ฝ่าย IT

- Update ข้อมูลในระบบ HIS เพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนรายใหม่ ทุกวันที่ 1 และ 16 ของเดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ พร้อมนี้ได้แนบแบบฟอร์มคำร้องและคำแนะนำการขึ้นทะเบียนสิทธิมาด้วยแล้ว ทั้งนี้สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และขอความกรุณาแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องของทราบด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

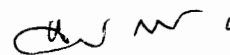


(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุธรรม ปิ่นเจริญ)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

นพ.ย.ญ

บุคลากรเวชระเบียน  
ขอแจ้งให้ข้อมูลและดำเนินการตามเกณฑ์ที่  
ขอ: W: ๓๐๘๓๖!๖.



## เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### 1.1 กรณีบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร

1. สำเนาบัตรบุคลากร/บัตรพนักงานมหาวิทยาลัย/บัตรข้าราชการ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชน /สำเนาสูติบัตรผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคอหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคอหงส์และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย, นาง, นางสาว, ค.ณ., ค.ช. ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (กรณีมี) 1 ฉบับ

### 1.2 กรณีบุคลากรเกษียณอายุราชการ/เกษียณอายุราชการก่อนกำหนดและลาออก

1. หนังสือรับรองบุคลากรเกษียณอายุ/ลาออก จากการเจ้าหน้าที่ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคอหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคอหงส์และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย, นาง, นางสาว ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (กรณีมี) 1 ฉบับ

หมายเหตุ : เอกสารทุกฉบับกรุณาลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

### 1.3 การตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยตนเอง

สามารถตรวจสอบได้จาก website สปสช. <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NTQ> = เลือกหัวข้อ: ตรวจสอบสิทธิด้วยตนเอง

1. ทราบสิทธิปัจจุบันที่ถือครอง ตรวจสอบชื่อ-สกุลที่ถูกต้อง
2. ตรวจสอบการได้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังจากขอขึ้นทะเบียนสิทธิ 1 เดือน
3. กรณีตรวจสอบสิทธิและพบว่า มีสิทธิประกันสังคมแต่ปัจจุบันหมดสิทธิประกันสังคมแล้ว ต้องติดต่อสำนักงาน-ประกันสังคม เพื่อดำเนินการปลดสิทธิประกันสังคมก่อนจึงสามารถขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
4. กรณีตรวจสอบสิทธิ และพบว่าไม่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยที่ตนเอง หรือบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ไม่มีสิทธิดังกล่าว ให้ติดต่อที่หน่วยงานต้นสังกัดเดิม เพื่อดำเนินการแจ้งไปส่วนกลาง หากไม่สามารถไปติดต่อส่วนราชการที่เดิมที่ลาออกได้ ให้นำเอกสาร ได้แก่ หนังสืออนุมัติการลาออกจากราชการของตนเอง หรือญาติสายตรง ที่เกี่ยวข้องติดต่อที่ศูนย์บริการสุขภาพปทุมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประสานงานดำเนินการปลดสิทธิก่อน

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  
 พนักงานมหาวิทยาลัย  พนักงานคณะแพทยศาสตร์ ตำแหน่ง.....สังกัด  
ภาควิชา/หน่วยงาน.....เริ่มบรรจุรับราชการเมื่อวันที่.....  
จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน มีความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 6..... เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยได้แนบรายละเอียดเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านบุคลากร | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง |
| <input type="checkbox"/> บัตรรับรองสิทธิตัวจริง  | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส           |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....     |   |

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันตน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่/ผู้แทน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (รองคณบดี/ผู้ช่วยคณบดี)

(.....)

## คำอธิบาย

### ข้อมูลนายจ้าง

1. ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา
2. วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน (ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน)
3. กรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่นๆ

### ข้อมูลผู้ประกันตน

1. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าคำนำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย  นายแล้วกรอก ชื่อ - ชื่อสกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน
2. เพศ ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  เช่น เป็นเพศชายให้ทำเครื่องหมาย  ชาย
3. ให้ผู้ประกันตน กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ
4. วัน เดือน ปี เกิด ให้ผู้ประกันตนกรอกวัน เดือน ปี เกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
5. ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน
6. สถานภาพครอบครัว

หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่

หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าค่อนนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ คือ มีได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมีได้จดทะเบียนหย่าค่อนนายทะเบียน

จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่

**ตัวอย่าง** นางสาวรัก พอดี สมรสแล้วแต่แยกกันอยู่และมีบุตรจำนวน 3 คน เกิด ปี พ.ศ. 2536 (อายุ 7 ปี)

เกิด ปี พ.ศ. 2541 (อายุ 2 ปี) และเกิด ปี พ.ศ. 2542 (อายุ 1 ปี)

#### 6. สถานภาพครอบครัว

1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย  4. หย่า  5. แยกกันอยู่

ไม่มีบุตร  มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 2 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ.

ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ.

6.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

7. สำหรับชาวต่างชาติ หรือคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่มีเอกสารหลักฐานที่ผู้ประกันตนมีอยู่ เช่น ทำเครื่องหมาย  ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

### ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

การเลือกสถานพยาบาลในข้อ 8 ให้ผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

**หมายเหตุ** ในกรณีแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน(สปส.6-07)

ทุกครั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจตราและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้



## คำอธิบาย

1. กรอกชื่อสถานประกอบการและชื่อสาขาพร้อมเลขบัญชี ลำดับที่สาขา ที่ตั้งสถานประกอบการหรือสาขา ตามที่ได้แจ้งขึ้นทะเบียนมายังรัฐกรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา กรุณาใส่ 0000000 ลงที่ช่องลำดับที่สาขา
2. กรอกลำดับที่ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตน ให้ชัดเจน
3. กรอก วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีลาออก หรือสิ้นสุดระยะเวลาการทำงาน หรือเลิกจ้าง หรือเกษียณอายุ หรือ ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำผิด หรือละทิ้งหน้าที่ 7 วัน ทำงานติดต่อกัน โดยไม่มีสาเหตุอื่นสมควร คือวันที่ถึงจากวันสุดท้ายที่ผู้ประกันตนมาทำงานเช่นผู้ประกันตนมาทำงานวันสุดท้ายวันที่ 31 พฤษภาคม 2547 ให้กรอกวันที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนเป็นวันที่ 1 มิถุนายน 2547 กรณีตาย ระบุวัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย
4. กรอกสาเหตุการออกจากงาน โดยทำเครื่องหมาย..... ในช่องที่ต้องการดังนี้
  - กรณีลาออก (เช่น ลาออกด้วยเหตุผลส่วนตัว สมัครใจออกจากงานก่อนเกษียณอายุ ไม่ประสงค์จะไปทำงานเนื่องจากนายจ้าง ภัยสถานประกอบการ เป็นต้น) ให้.....ในช่อง 1
  - กรณีสิ้นสุดระยะเวลาการทำงาน หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุอันสุดัญญูข้างที่มีกำหนดระยะเวลาการทำงานไว้แน่นอน (เช่น งานในโครงการเฉพาะที่ไม่ใช่ปกติของธุรกิจ หรือการที่ของนายจ้าง ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์และสิ้นสุดของงานที่แน่นอน เป็นต้น) ให้.....ในช่อง 2
  - กรณีเลิกจ้าง (เช่น นายจ้างยุบเลิกตำแหน่งงาน ลดจำนวนพนักงาน นายจ้างเลิกกิจการ ปิดกิจการ ละทิ้งหน้าที่ไม่ถึง 7 วันทำงานติดต่อกัน เป็นต้น) ให้.....ในช่อง 3
  - กรณีเกษียณอายุ หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน ให้.....ในช่อง 4
  - กรณีไล่ออก / ปลดออก / ให้ออก เนื่องจากกระทำผิด หรือละทิ้งหน้าที่ 7 วัน ทำงานติดต่อกันโดยไม่มีสาเหตุอื่นสมควร ให้.....ในช่อง 5
  - กรณีตาย ให้.....ในช่อง 6



# แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เลขที่รับ

วันที่

ลงชื่อ

สป.บ. ๐๐๐

เลขที่

ชื่อ

ผู้รับ

## 1 รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า  นาย  นางสาว  นางสาว

ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

เกิด วันที่

เดือน

พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี

จัดตั้งที่สาขา

เข้างานเมื่อวันที่

เดือน

พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน

พ.ศ.

## 2 สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

(เลขประจำตัว)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ

หรือ

(เลขประจำตัว)

สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ

(เลขประจำตัว)

## 4. การรับบัตร

- ขอหนังสือรับรองสิทธิของสถานประกอบการ
- ขอรับบัตรด้วยตนเอง

## 3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

1. ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

เหตุผล  เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

(เลขประจำตัว)

ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

อายุน้อย

เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ

บัตรเก่าเดิม

หลักฐานการย้ายที่อยู่

อื่นๆ (ระบุ)

### 3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

เปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม

บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย

อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ  บัตรรับรองสิทธิ ฉบับเดิม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้ยินยอมที่จะรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้ประกันตน

ลงชื่อ

ผู้รับบัตร

(.....)

(.....)

ลงวันที่

เดือน

พ.ศ.

ลงวันที่

เดือน

พ.ศ.

## สำหรับเจ้าหน้าที่

- เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ
- ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ ระบุเหตุผล

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่

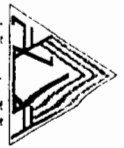
(.....)

(.....)

ลงวันที่

เดือน

พ.ศ.



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สำหรับผู้เคยยื่นแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สปส. 1-03 แล้ว

ชื่อสถานประกอบการ.....

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ชื่อสาขา.....

ลำดับที่สาขา

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

สถานประกอบการ/สาขาตั้งอยู่เลขที่..... หมู่.....

ตรอก/ซอย.....

ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

โทรศัพท์.....

ลำดับที่	แดงประจำตัวประชาชน	คำนำหน้านาม ชื่อ - ชื่อสกุล	วัน เดือน ปี เข้าทำงานใหม่	ชื่อสถานประกอบการ สุดท้ายก่อนเข้า ทำงานที่นี่	ชื่อสถานประกอบการ กรณีทำงานกับ นายจ้างหลายราย
<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"/>	<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"/>
<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"/>

หมายเหตุ 1. สำหรับคนต่างตัวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม

ลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน

2. ให้แจ้งการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ภายใน 30 วัน

นับแต่วันที่ได้รับแจ้งเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความ

ผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับ

ไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ลงชื่อ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

ประทับตรา  
นิติบุคคล  
(ถ้ามี)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....

(ถ้าขอขยายชุดสำเนา)