



## บันทึกข้อความ

กองบริหารงานคณะ
รับที่ 25, 64,
วันที่ 18 ต.ค. 2564
เวลา 10.44 น.

ส่วนงาน กองทรัพยากรบุคคล งานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ โทร. 48780

ที่ มข. 0201.1.3.3/ว.320

วันที่ 13 มกราคม 2564

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2564

เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารงานคณะศึกษาศาสตร์

ตามที่พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างของมหาวิทยาลัยและลูกจ้างโครงการในสังกัดของท่าน ได้เลือกสถานพยาบาลเพื่อใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ในปี 2563 ซึ่งใช้สิทธิได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 นั้น สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น ได้ทำหนังสือที่ ขก 0030/ว8895 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2563 แจ้งให้ผู้ประกันตนที่มีบัตรรับรองสิทธิฯ และมีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี 2564 ให้ดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 โดยให้ผู้ประกันตนดำเนินการดังนี้

1. ผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาลกรอกแบบ สปส. 9-02 ที่แนบมาพร้อมนี้
2. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ และให้ผู้ประกันตนยื่นแบบ สปส. 9-02 ไปที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น ถนนศูนย์ราชการ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หรือ ส่งมาที่ นางนิภาพร คุณสิงห์ งานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ กองทรัพยากรบุคคล เบอร์ภายใน 48780 ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 และกองทรัพยากรบุคคลจะได้รวบรวมนำส่งให้สำนักงานประกันสังคมต่อไป

สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์จะเปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เดิมได้ จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 ซึ่งในปีนี้นักงานประกันสังคมไม่ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้ ในกรณีที่จะไปรับการรักษาในสถานบริการที่ได้เลือกไว้ให้ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนแทน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและใคร่ขอความอนุเคราะห์แจ้งผู้ประกันตนในสังกัดหน่วยงานของท่านทราบและดำเนินการดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(นายสถิตย์ แก้วบุตตา)

ผู้อำนวยการกองทรัพยากรบุคคล

เรียน นายอรรถมรรณ  
เพื่อโปรดพิจารณา  
ตามเอกสารแนบมา

18 ต.ค. 2564  
(นายชัชวาล หนองนา)

ผู้อำนวยการกองบริหารงานคณะศึกษาศาสตร์

**หมายเหตุ** รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมประจำปี 2564

ร.พ.ศูนย์ขอนแก่น ร.พ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



# 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. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

## 4. การรับบัตร

ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ

ขอรับบัตรด้วยตนเอง

## 3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ .....

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ .....

เหตุผล  เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

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

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ประกันตน

ลงชื่อ..... ผู้รับบัตร

(.....)

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล .....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....