

Handwritten notes in the top left corner.

ด่วนที่สุด

ที่ รง ๐๖๒๖/๑๕๘๙๕



โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
เลขที่รับ 20079
รับวันที่ 19 S.A. 2560
เวลา 8-21

สำนักงานประกันสังคม

ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

ศูนย์ประกันสังคม-พ.ร.บ.รอ

เลขที่รับ 3451

22, จ.ศ. 2560

เวลา 11-

๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงได้ยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และสถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน ได้ที่ www.sso.go.th

สำนักงานประกันสังคมขอแจ้งให้ท่านทราบว่า หากสถานพยาบาลเครือข่ายของท่านยังไม่มี Username และ Password เพื่อเข้าตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนผ่าน www.sso.go.th ขอให้ท่านแจ้งมายังสำนักงานประกันสังคม สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อจะได้ทำการกำหนด Username และ Password ให้กับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเครือข่ายต่อไป สำหรับแบบขอใช้บริการระบบตรวจสอบการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน สามารถดาวน์โหลดได้จาก www.sso.go.th/ดาวน์โหลด/ข้อมูลสถานพยาบาล ข้อ ๓๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน ผอ.รพ.

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรแจ้ง.....

ดำเนินการ

19 S.A. 2560

Handwritten signature and date 19 Dec 2017

ขอแสดงความนับถือ

Handwritten signature

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

Handwritten note: ส่งมอบหนังสือ web

Handwritten note: 11/12/17 รพ. 12/17 รพ.

Handwritten signature

Handwritten date: 25 ๑๑๖๐

Handwritten signature

(นางกนกวรรณ มิ่งขวัญ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๖ ๒๔๙๔ , ๒๕๑๖

โทรสาร ๐ ๒๙๕๖ ๒๔๙๓

สปส.จะยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิฯ ในปี ๒๕๖๑ โดยให้ตรวจสอบจาก www.sso.go.th

แบบขอใช้บริการระบบตรวจสอบการใช้สิทธิรักษาพยาบาล

๑. เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล (ตัวบรรจง)

Name (Mr./Miss/Mrs.) Surname (ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง

๓. ชื่อสถานพยาบาล จังหวัด

๔. ชื่อสถานพยาบาลเครือข่าย จังหวัด.....

๕. วัตถุประสงค์ (ใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ต้องการ)

ขอมี User - ID ใหม่

ขอใช้ User - ID เดิม กรณีถูกยกเลิกเนื่องจากไม่เข้าใช้งานเกิน ๖ เดือน (ระบุ User - ID)

ขอยกเลิก User - ID (ระบุ User - ID)

๖. หมายเลขโทรศัพท์ E-mail Address

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หมายเหตุ : ๑. ขอให้กรอกข้อมูลให้ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วนทุกข้อ

๒. สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลทาง email ผู้ขอ User เท่านั้น

๓. กรณีสถานพยาบาลเครือข่ายให้ขอ User ผ่านสถานพยาบาลหลัก (Main contractor)

๔. กรณีผู้ขอได้รับ User และ Password แล้ว หากไม่ได้เข้าใช้งานในการตรวจสอบสิทธิฯ เป็นระยะเวลา ๖ เดือนติดต่อกัน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิจะยกเลิก User และ Password โดยไม่จำเป็นต้องบอกกล่าวล่วงหน้า

๕. หาก ได้รับ User และ Password แล้ว ต่อมาไม่ได้ทำงานในการตรวจสอบสิทธิฯ ควรแจ้งยกเลิกต่อสำนักงานประกันสังคม