



แบบขอรับรองสิทธิการรักษายาบาล

สพส. 9-02

สำนักงานประกันสังคม

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
(สำหรับผู้ป่วยใน)
หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ
- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ
(สำหรับผู้ป่วยใน)
- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ
(สำหรับผู้ป่วยใน)

4. การรับบัตร

- ☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ
☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

- ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ
3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ
เหตุผล ☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี
(สำหรับผู้ป่วยใน)
☐ ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก
☐ ย้ายที่อยู่ ☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
☐ อื่นๆ (ระบุ)
เอกสารที่แนบ ☐ บัตรฉบับเดิม ☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่
☐ อื่นๆ (ระบุ)
3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก
☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล
ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม
☐ บัตรมีการชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย
☐ อื่นๆ (ระบุ)
เอกสารที่แนบ ☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขอที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน ลงชื่อ ผู้รับบัตร
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ. ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ
☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.