



สำนักงานประกันสังคม

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สปส. 9-02

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

ทำงานเมื่อวันที่

เดือน

พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน

พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาล

สำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ

หรือ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. การรับบัตร

☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

เหตุผล

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

☐ ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก☐ ย้ายที่อยู่☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน☐ อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ

☐ บัตรฉบับเดิม☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่☐ อื่นๆ (ระบุ)

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม

☐ บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย☐ อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ

☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน 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.