



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
เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)
หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ
- สถานพยาบาลสำรองอันดับ 1 ชื่อ หรือ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)
- สถานพยาบาลสำรองอันดับ 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

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ
 ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล
ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)