

ฝ่ายบริหารงบประมาณและแผน
เลขรับ..... 017
วันที่..... 29 ม.ค. 2569
เวลา.....

โรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์
เลขรับ..... 0196
วันที่..... 28 ม.ค. 2569
เวลา.....



ที่ ศธ ๐๔๓๑๘/๑๙๔

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา
พระนครศรีอยุธยา
๔/๑ หมู่ที่ ๗ ถนนอยุธยา - อ่างทอง
ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๐๐๐

๒๒ มกราคม ๒๕๖๙

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ อย ๐๐๓๑/ว ๑๐๗๔
ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาล
ประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบ
เลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง รายละเอียด
ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพระนครศรีอยุธยา ขอแจ้ง พนักงานราชการ
ตำแหน่งครูผู้สอน โรงเรียนในสังกัด ทราบ

เรียน ผู้อำนวยการเพื่อ จึ่งเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

☒ ๑. ทราบ

☒ ๒. สมควรมอบฝ่าย..... ๐๑๖/๑๙๔/๑๙๔

พิจารณา/ดำเนินการ

☐ ๓.

ขอแสดงความนับถือ

(นายชนวัฒน์ พิมพ์โคตร)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพระนครศรีอยุธยา ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มพัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษา

๐๙๖ - ๑๗๓ - ๘๘๕๕ สุชาติดา

- กบ

- อธิการ

ทราบ ☐ อนุญาต

มอบ ☐ บริหารวิชาการ

☒ บริหารงบประมาณ

☐ บริหารงานทั่วไป

☐ อนุมัติ

☐ บริหารงานบุคคล

☐ บริหารกิจการนักเรียน

☐ สำนักงานผู้อำนวยการ

“เรียนดี มีคุณธรรม”

๐๙๕๕



ที่ อย ๐๐๓๑/ว ๑๐๗๔

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
อาคาร ๓ ชั้น ๔ ศาลากลางจังหวัด
ถนนสายเอเชีย อย ๑๓๐๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๖๘

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒)
๒. คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล
๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม

ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ www.sso.go.th หรือ Mobile Application SSO Plus+ Line@ssothai และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง www.sso.go.th Mobile Application SSO Plus+ หรือเพิ่มเพื่อน Line@ssothai โดยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลการเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง นั้น

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล และรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางนิงสุข ยิ้มประสิทธิ์)
ประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทร. ๐ ๓๕๓๓ ๖๒๕๒ , ๐ ๓๕๓๓ ๖๑๘๐ ต่อ ๓๐๒ - ๓๑๐

โทรสาร ๐ ๓๕๓๔ - ๖๘๑๐