

ผนวก ง.

สำนักงานประกันสังคม

แบบ สปส.9.03/1

กระทรวงมหาดไทย

แบบขอเปลี่ยนแปลงบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

สำหรับผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาล

เลขที่รับ

วัน เดือน ปีที่รับ

สำหรับผู้ประกันตน

ลงชื่อผู้รับ

ข้าพเจ้า 03 นาย 04 นางสาว 05 นาง	ชื่อสกุล
เลขที่บัตรประกันสังคม	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
24	
เกิด วันที่ เดือน พ.ศ. 25	ขณะนี้ทำงานอยู่ที่สถานประกอบการชื่อ
เลขที่บัญชี	ลำดับที่สาขา
ปัจจุบันใช้สถานพยาบาลชื่อ	รหัสสถานพยาบาล
มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล เนื่องจาก	
1. เปลี่ยนสถานพยาบาล ชื่อสถานพยาบาลใหม่	รหัสสถานพยาบาล
ถ้าเปลี่ยนสถานที่ทำงานใหม่ ระบุสถานประกอบการเดิม	
เลขที่บัญชี	ลำดับที่สาขา
และได้แนบบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลฉบับเดิม	
2. ชื่อ - ชื่อสกุล ไม่ถูกต้องระบุ ชื่อ - ชื่อสกุลที่ถูกต้อง	
และได้แนบสำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	
3. บัตรชำรุด และได้แนบบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลฉบับที่ชำรุด	
4. บัตรหาย และได้แนบบใบแจ้งความบัตรหาย	
5. อื่น ๆ (ระบุ)	

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่	ลงชื่อ
เห็นควรเปลี่ยนสถานพยาบาล/ออกบัตรถาวร	()
วัน เดือน ปีที่นัดหมาย	เจ้าหน้าที่
ไม่ควรให้เปลี่ยนสถานพยาบาล/ออกบัตรถาวร เพราะ	/ /
ไม่ถึงกำหนดการเปลี่ยนสถานพยาบาล	
อื่น ๆ (ระบุ)	
ผู้อนุมัติ	ลงชื่อ
อนุมัติ วันที่	()
ไม่อนุมัติเพราะ	ผู้อนุมัติ

สำหรับผู้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ได้รับบัตรรับรองสิทธิรักษาพยาบาลแล้ว	ลงชื่อ
วัน เดือน พ.ศ.	()
	ผู้รับบัตร