

แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
แก้ไขเพิ่มเติมตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

เพื่อให้แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สอดคล้องตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และแก้ไขเพิ่มเติมตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

๑. นิยาม

ระบบเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promotion and Disease Prevention Program of Social Security Office) เรียกว่า “ระบบ PPS”

ปี หมายถึง ปีปฏิทิน ตัวอย่าง ผู้ประกันตนนาย ก. เกิดวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๒๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ถือว่าผู้ประกันตนมีอายุเท่ากับ ๔๐ ปี

ผู้ประกันตน หมายถึง ผู้ประกันตนมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๔ และผู้มีสิทธิตามมาตรา ๓๘ ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามสิทธิ

สำนักงานประกันสังคม หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน สถานพยาบาลในเครือข่ายของสำนักงานประกันสังคมที่ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา หรือสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนอื่นซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและทำบันทึกข้อตกลงร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับสำนักงานประกันสังคม

๒. หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒.๑ สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน ที่เป็นสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม ไม่ต้องยื่นใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม

๒.๒ กรณีสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนและเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายของสำนักงานประกันสังคม ให้ยื่นใบสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณา

๒.๓ กรณีสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนอื่น ซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และมีได้เป็นสถานพยาบาลที่ประกันสังคมกำหนด ต้องยื่นใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณา และลงนามในบันทึกข้อตกลงการร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับสำนักงานประกันสังคม (เอกสารแนบ ๑)

๓. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๑ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๓.๒ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการตรวจสุขภาพ ผ่านระบบ PPS ที่เว็บไซต์ <http://wa๑.sso.go.th/pps> ซึ่งสามารถ Download คู่มือการใช้งานระบบ PPS ได้ที่หน้าจอ login เข้าสู่ระบบ ทั้งนี้ระบบ PPS สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพที่ Google Chrome

๓.๓ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการตรวจสุขภาพในระบบ PPS ภายในวันที่ให้บริการ เนื่องจากระบบ PPS สามารถตรวจสอบสิทธิความเป็นผู้ประกันตนและตรวจสอบสิทธิการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์อายุแบบ Real Time ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการรักษาสิทธิและความถูกต้องของข้อมูลในการส่งเบิกรายการที่ได้ให้บริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกันตนไปแล้ว

๓.๔ ระบบ PPS ขยายเวลาเปิดให้บริการจากเดิมเวลา ๐๖.๐๐ – ๑๘.๓๐ น. เปลี่ยนเป็นเวลา ๐๖.๐๐ – ๒๑.๐๐ น. ของทุกวัน

๓.๕ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องตรวจสอบและบันทึกผลการตรวจ ยืนยันการบันทึกข้อมูลส่งเบิก ในระบบ PPS ตลอดจนส่งคำขอรับค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันทุกครั้งไปที่ E-mail pps@sso.go.th ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามตารางแผนการเบิกจ่าย (เอกสารแนบ ๒)

๓.๖ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการตรวจสุขภาพกับผู้ประกันตนในกรณีที่ผู้ประกันตนใช้สิทธิตามหลักเกณฑ์แนบท้ายประกาศ

๓.๗ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องไม่นำรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคประจำตัวของผู้ประกันตนที่สืบทราบได้จากการซักประวัติผู้ประกันตนตามแนวทางการตรวจสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มาส่งเบิกในระบบ PPS

๓.๘ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องเก็บผลการให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกันตนไว้เป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบภายหลัง

๔. อัตราค่าบริการ

๔.๑ การตรวจร่างกายตามระบบ ซึ่งสถานพยาบาลจะต้องให้บริการโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

- การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต
- การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test
- การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข
- การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์
- การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Char

๔.๒ รายการที่สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับตามอัตราที่กำหนดในแนบท้ายประกาศ ได้แก่

๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

- ความสมบูรณ์เม็ดเลือด CBC
- ปัสสาวะ UA

๒) การตรวจสารเคมีในเลือด ประกอบด้วย

- น้ำตาลในเลือด FBS
- การทำงานของไต Cr
- ไขมันในเส้นเลือด Total cholesterol & HDL

๓) การตรวจอื่นๆ

- เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HbsAg
- มะเร็งปากมดลูก Pap Smear หรือ มะเร็งปากมดลูก Via
- เลือดในอุจจาระ FOBT
- Chest X-ray

๕. การบันทึกส่งเบิกข้อมูลการบริการตรวจสุขภาพ เป็นไปตามแผนผังขั้นตอน (เอกสารแนบ ๓)

การบันทึกส่งเบิกข้อมูล ให้สถานพยาบาลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ลำดับการบันทึกรับแจ้งการให้บริการ และบันทึกผลการตรวจ (เอกสารแนบ ๔)

(๑) สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิและเงื่อนไขการใช้สิทธิตามเกณฑ์อายุ

(๒) ผู้ประกันตนเลือกรายการตรวจสุขภาพตามความประสงค์ของผู้ประกันตน

(๓) ผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตามรายการที่ประสงค์ขอตรวจ และเข้าเงื่อนไขการใช้สิทธิ

(๔) สถานพยาบาลบันทึกรายละเอียดประวัติผู้ประกันตน เช่น ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต โรคประจำตัว

(๕) สถานพยาบาลบันทึกผลการตรวจร่างกายผู้ประกันตน

- กรณีผลปกติ แนะนำให้ผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ตามระยะเวลาที่กำหนด
- กรณีผลผิดปกติแต่ยังไม่มีอาการป่วย นัดผู้ประกันตนเข้ารับคำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง
- กรณีผลผิดปกติ พบโรคหรือพบภาวะผิดปกติให้แจ้งผู้ประกันตนให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาทันที และการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

(๖) สถานพยาบาลส่งผลการตรวจสุขภาพให้ผู้ประกันตนทราบผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้รับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง

- การยืนยันส่งเบิก

(๑) สถานพยาบาล กดปุ่ม “ยืนยัน”

(๒) สำนักงานประกันสังคม ประมวลผลตามตารางปฏิทินการจ่าย

(๓) สถานพยาบาลตรวจสอบรายงานส่งเบิกได้ตั้งแต่วันที่ ๐๖.๐๐ น. ตามตารางปฏิทินการจ่าย

(๔) สถานพยาบาลส่งคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านทาง E-mail pps@ssso.go.th

(๕) สำนักงานประกันสังคม จะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารเดิมที่จ่ายให้ผ่านระบบ E-Claim

กรณีสถานพยาบาล กดปุ่ม “ยืนยัน” ในระบบ PPS และส่ง E-mail คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ทันกำหนดระยะเวลาในรอบงวดการจ่ายใด สถานพยาบาลยังคงสามารถกดปุ่ม “ยืนยัน” และส่ง E-mail คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ เพียงแต่ข้อมูลส่งเบิกที่ไม่ทันกำหนดระยะเวลาในรอบนั้นจะถูกนำไปตัดจ่ายเงินให้ในรอบถัดไป กำหนดให้สถานพยาบาลยื่นคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใน ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนเข้ารับการตรวจสุขภาพ

๖. การประมวลผลข้อมูล

ระบบ PPS จะประมวลผลตัดจ่ายเลขรับแจ้งที่ได้ดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ ระบุผลตรวจ ปกติ หรือผิดปกติ ครบทุกรายการตามที่ผู้ประกันตนประสงค์ใช้บริการ

๖.๒ กดปุ่ม “ยืนยัน” ได้ที่เมนู บันทึก/แก้ไข/ยืนยัน ผลการตรวจ

๗. การส่งคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สถานพยาบาลสามารถ Download คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ที่เมนู “ตรวจสอบสถานะการขอรับค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” ตามงวดการจ่าย ได้หลังจากวันที่ออกรายงานการส่งเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (statement) ซึ่งระบบ PPS จะดึงข้อมูลรหัสสถานพยาบาล เลขงวด จำนวนรายการ และจำนวนเงิน ไปไว้ในแบบคำขอรับค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้อัตโนมัติ จากนั้นให้ผู้มีอำนาจลงนามพร้อมประทับตราโรงพยาบาลในหนังสือคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แล้วส่ง E-mail ไปที่ pps@ssso.go.th

๘. เงื่อนไขและวิธีการจ่ายเงิน

๘.๑ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศ

๘.๒ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผู้ประกันตนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสถานพยาบาลได้บันทึกข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เข้าสู่ระบบ PPS และมีการกดปุ่ม “ยืนยัน” พร้อมทั้งส่งแบบคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ผ่าน E-mail pps@ssso.go.th

๘.๓ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (สถานพยาบาลประเภทที่ ๑) เข้าบัญชีธนาคารเดิมที่เคยโอนผ่านระบบ E-Claim กรณีสถานพยาบาลมีความประสงค์ขอเปลี่ยนบัญชีธนาคารสำหรับเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สามารถแจ้งความประสงค์โดยทำหนังสือถึงกองบริหารการเงินและการบัญชี ก่อนถึงกำหนดวันที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สถานพยาบาลล่วงหน้า ๓๐ วัน สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ ๒ และ ๓ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สถานพยาบาลเข้าบัญชีธนาคารตามเอกสารแนบท้ายใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม

๙. การขอ User เพิ่มเติม สำหรับเข้าใช้งานระบบ PPS (เอกสารแนบ ๕)

กรณีสถานพยาบาลมีความประสงค์ขอ User ใช้งานระบบ PPS เพิ่มเติม สามารถทำหนังสือแจ้งความประสงค์ถึงผู้อำนวยการสำนักบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ และให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้มีอำนาจลงนามในหนังสือ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล และส่งแบบฟอร์มคำขอ User ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ซึ่งสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่หน้าจอ log in เข้าสู่ระบบ PPS ส่งไปที่ E-mail pps@ssso.go.th โดยสถานพยาบาล ๑ แห่ง สามารถขอเพิ่ม User ได้ไม่จำกัดจำนวน

๑๐. กรณีแจ้งปัญหาในระบบ PPS ชัดข้อ แจ้งรายละเอียดปัญหาชัดเจน ไปที่ E-mail pps@ssso.go.th โดยระบุชื่อเรื่องว่า “แจ้งปัญหาในระบบ PPS ชัดข้อ” ของสถานพยาบาลชื่อ..... เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถแก้ปัญหาได้รวดเร็ว โปรดระบุรายละเอียดของปัญหาให้ครบถ้วนและชัดเจน พร้อมแจ้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

๑๑. คำอธิบายตารางแผนการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- (๑) งวดที่ = ลำดับงวดจ่าย
- (๒) ประจำเดือน = เดือนที่สถานพยาบาลบันทึกยืนยันส่งเบิก
- (๓) สปส.จะดำเนินการตัดข้อมูลประมวลผล เพื่้อกรายงานตามตารางปฏิทินการจ่าย (ข้อมูลที่น่ามาประมวลผลทุกวันที่ ๑ ของเดือน คือข้อมูลยืนยันส่งเบิกตั้งแต่วันที่ ๑ จนถึงวันสุดท้ายของเดือน)
- (๔) สถานพยาบาลตรวจสอบรายงานส่งเบิกได้ ตั้งแต่เวลา ๐๖.๐๐ น.ตามตารางปฏิทินการจ่าย
- (๕) สถานพยาบาลส่งคำขอเบิกผ่าน E-mail ภายใน ๕ วันทำการ
- (๖) สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จัดทำรายงานและเสนอเรื่องขออนุมัติส่งจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ต่อเลขาธิการ ภายใน ๕ วันทำการ
- (๗) กองบริหารการเงินและการบัญชีโอนเงินให้สถานพยาบาลของเดือนภายใน ๕ วันทำการ



สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่รับ

หน่วยงาน.....

วันที่รับ.....

เวลา.....น.

ใบสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ สถานพยาบาล.....รหัส สถานพยาบาล.....
2. สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
Website.....email.....

2. สมัครขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

☐ สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชน และเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายของสถานพยาบาลประกันสังคมที่กำหนดในประกาศราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่สมัครขึ้นทะเบียน

☐ สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาล ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

- ☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
 - ☐ สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่น
 - ☐ สำเนาใบรับรองอื่นๆ
 - ☐ เอกสารแสดงการรับรองมาตรฐานฯ (ผลตรวจประเมินไม่เกิน 1 ปี หรือผลตรวจประเมินซึ่งยังไม่หมดอายุ)ฉบับ
 - ☐ เอกสาร/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม ที่แสดงสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการ จำนวน.....ฉบับ
 - ☐ รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเลขที่ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ
 - ☐ หนังสือรับรองอื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ฉบับ
 - ☐ สำเนาสมุดบัญชีของธนาคารกรุงไทย (ประเภทออมทรัพย์) พร้อมแบบแสดงความจำนอง รับเงินค่าบริการรัฐบาล/เอกชน
- หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าข้อความ เอกสารหลักฐานข้างต้นว่าสถานพยาบาลของข้าพเจ้ามีศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลงชื่อ

(.....)

ประทับตรานิติบุคคลถ้ามี

ถ้ามี

(หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ/ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคล หรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่ สำนักงานประกันสังคม ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานใบสมัครซึ่งแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการแล้ว ปรากฏว่า

☐ ผ่านการพิจารณา สามารถขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้

☐ ดำเนินการลงนามบันทึกข้อตกลง

☐ ไม่ต้องลงนามบันทึกข้อตกลง เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลเครือข่ายของสถานพยาบาล

ประกันสังคม ที่กำหนดในประกาศราชกิจจานุเบกษา

☐ ไม่ผ่านการพิจารณา

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาล

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

ถนน..... ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของโรงพยาบาล

ที่ทำการตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ ถนน ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ email.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก) เลขที่

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม

โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

☐ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

☐ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....(รอเคลียร์เช็ค 2 วัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมโอนเงินทางธนาคารจากจำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละครั้ง
จากบัญชีข้างต้น และจะดำเนินการส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน ๗ วัน นับแต่ได้รับทราบ
การโอนเงิน

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ซึ่งระบุชื่อนิติบุคคลและเลขที่บัญชี

☐ คำสั่งแต่งตั้งผู้มีอำนาจ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ

เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของ โรงพยาบาล

จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตราโรงพยาบาล

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

ถนน..... ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

และข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

ถนน..... ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

และข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

ถนน..... ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนาม (บริษัท/हन./หกก.).....

ที่ทำการตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ ถนน ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ email.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก) เลขที่

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม

โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

☐ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

☐ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....(รอเคลียร์เช็ค 2 วัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมโอนเงินทางธนาคารจากจำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละครั้ง
จากบัญชีข้างต้น และจะดำเนินการส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน ๗ วัน นับแต่ได้รับทราบ
การโอนเงิน

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ซึ่งระบุชื่อนิติบุคคลและเลขที่บัญชี

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลจากกระทรวงพาณิชย์

☐ หนังสือรับรองการได้รับยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล (ถ้ามี)

☐ สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)

- ☐ สำเนาบัตรส่งเสริมจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจ

เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาล
จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประทับตราบริษัท

หมายเหตุ 1. การยื่นแบบแสดงความจำนองต้องลงนามโดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเท่านั้น หากเป็นบุคคลอื่น
จะต้องมีใบมอบอำนาจประกอบการยื่นแบบแสดงความจำนอง

2. กรณีสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องแจ้งให้สำนักงาน
ประกันสังคมทราบทันทีและกรอกแบบฟอร์มการแสดงความจำนองรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ใหม่ทุกครั้ง
หากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรายเดิมยังคงรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ อาจมีความผิดฐานแจ้งข้อความ
อันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานและฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 และมาตรา 341 ซึ่งสำนักงาน
ประกันสังคมจำเป็นต้องดำเนินการตามกฎหมายจนถึงที่สุดต่อไป

แบบแจ้งคำขอ Username และ Password
สำหรับใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ระบบPPS)

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

รหัสโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมขึ้นต้นด้วย h.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

E-mail address กลางของสถานพยาบาล (สำหรับประสานงานในการแจ้งการดำเนินการทางธุรกรรมกรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค).....

๒. ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ให้ดำเนินการธุรกรรมผ่านระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	เลขบัตรประจำตัว ประชาชน	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน	E-mail Address
๑.				
๒.				

หมายเหตุ ให้สถานพยาบาลจัดทำหนังสือขอ User Password สำหรับใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ระบบPPS) เรียนถึง ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ โดยให้ผู้มีอำนาจลงนาม ในหนังสือดังกล่าว พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง) และส่งแบบฟอร์มคำขอ Username และ Password ไปที่ E-mail pps@sso.go.th

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วันที่ส่งเบิก.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ชื่อโรงพยาบาล.....(Auto).....
รหัสสถานพยาบาล.....(Auto).....

ขอเบิกเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์
ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

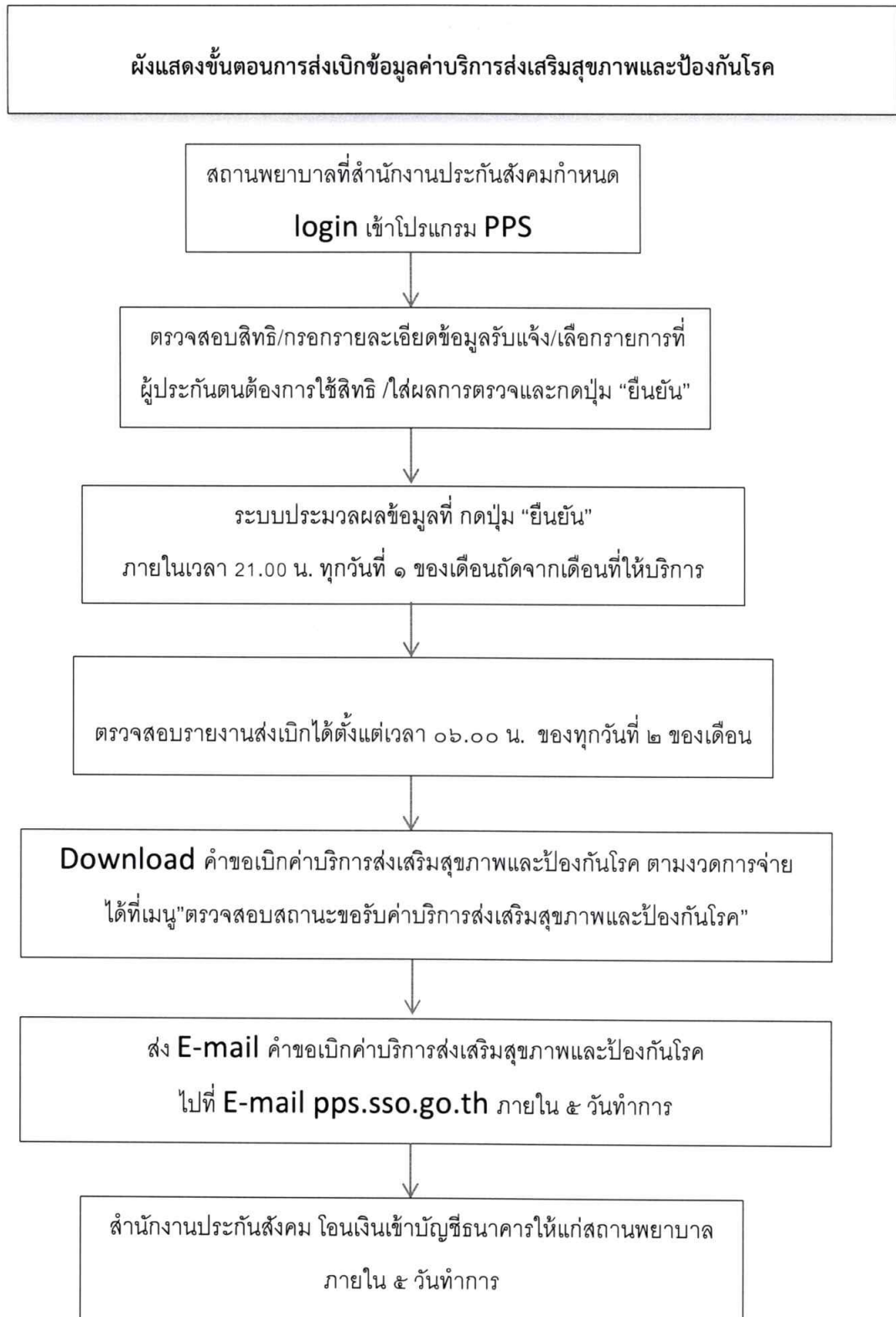
ตามบัญชีสรุปค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เลขที่(เลขงวดAuto).....
จำนวนรายการ (Auto) จำนวนเงิน.....(Auto)..... บาท (.....(Auto).....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการเบิกเงินดังกล่าวถูกต้องตามวัตถุประสงค์

ลงนาม.....

()

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....



หมายเหตุ 1. กรณีสถานพยาบาล กดปุ่ม "ยืนยัน" และส่งE-mail คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพฯ ไม่ทันตามกำหนดเวลาดังกล่าว

สำนักงานประกันสังคมจะนำข้อมูลส่งเบิกไปจ่ายในงวดถัดไป

2. สถานพยาบาลสามารถDownload และส่งคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ฯ ตามงวดการจ่าย ได้หลังวันออกรายงาน (Statement)

ผังแสดงขั้นตอนกรณีผู้ประกันตนขอรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

