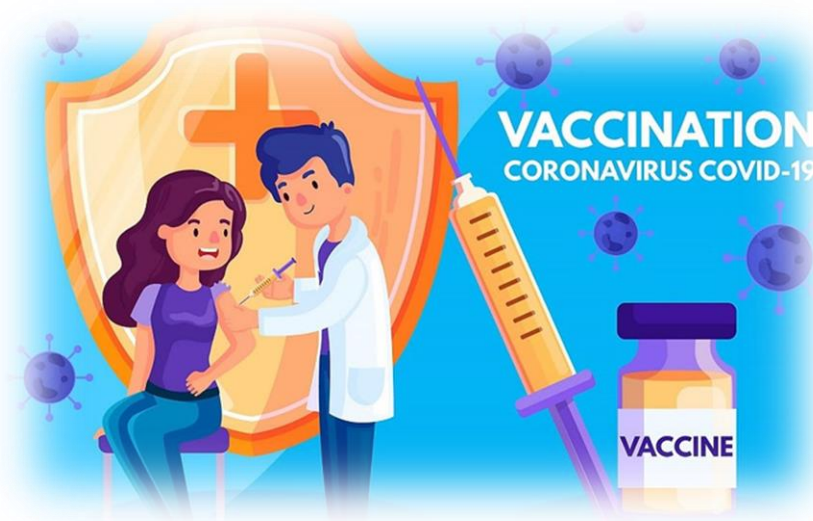




# การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

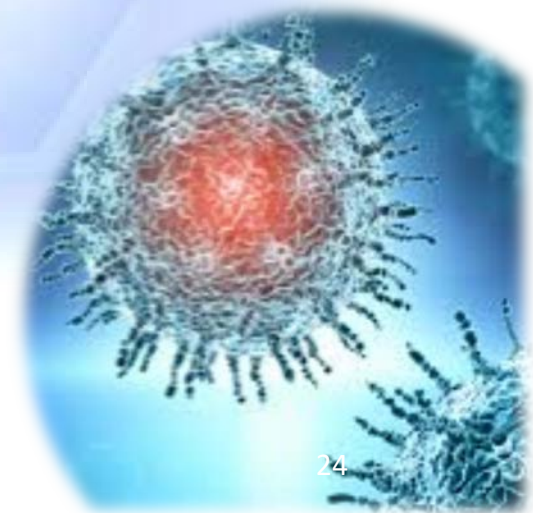


โดย...นางสาวกมลชนก ดอนอ่อนบัว  
นักวิชาการสาธารณสุข  
วันที่ 26 พฤษภาคม 2565

# ความเป็นมา สปสช. ได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล

ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน**ทุกสิทธิ** ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ที่รัฐจัดให้ เพื่อสร้างความมั่นใจในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ Coronavirus Disease 2019 (COVID 19) และคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ \* โดยใช้งบประมาณจากเงินกู้ สำหรับแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การช่วยเหลือเบื้องต้นนี้ **ไม่รวมถึง** วัคซีนทางเลือกที่ให้โดยโรงพยาบาลเอกชนและมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

**หมายเหตุ ....** การพิจารณาคำร้องและอนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประกันตนที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 กรณีผู้ประกันตนที่มีสัญชาติไทย ดำเนินการโดย สปสช. เฉพาะกรณี “ผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย” ดำเนินการโดยคณะกรรมการการแพทย์ตาม พรบ.ประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

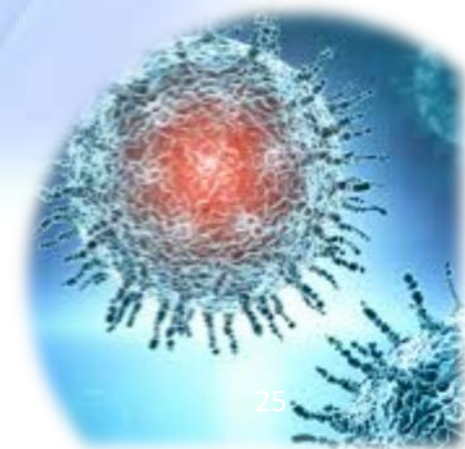


# ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้อง

**1.** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหาย จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2564 **ประกาศ ณ วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และที่แก้ไขเพิ่มเติม**

**2.** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) พ.ศ. 2564 **ประกาศ ณ วันที่ 26 กรกฎาคม 2564**

**3.** ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) **ประกาศ ณ วันที่ 20 ตุลาคม 2564**



# หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการพิจารณา

1. ผู้ยื่นคำร้อง : ผู้รับบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะ หรือ หน่วยบริการที่ให้บริการ
2. ระยะเวลาการยื่นคำร้อง : ต้องยื่นคำร้องภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย
3. สถานที่ยื่นคำร้อง : หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช. เขต
4. ระยะเวลาการพิจารณา : สปสช. จะเสนอคำร้องที่มีเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาถูกต้อง ให้คณะกรรมการระดับเขตพื้นที่พิจารณา โดยพิจารณาคำร้องที่เกิดความเสียหายจากการฉีดวัคซีนในพื้นที่จังหวัด ในเขตพื้นที่ สปสช. จากนั้นเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมติคณะกรรมการและโอนเงินเข้าหมายเลขบัญชีของผู้ร้อง ภายใน 5 วันทำการ หลังมีมติของคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่
5. ประเภทความเสียหาย และอัตราจ่าย (พิจารณาความเสียหายจากการรับวัคซีน ผลกระทบและเศรษฐกิจฐานะของผู้ร้อง)
  - 5 (1) กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร ไม่เกิน 400,000 บาท
  - 5 (2) เสียอวัยวะ/พิการ ไม่เกิน 240,000 บาท
  - 5 (3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ไม่เกิน 100,000 บาท
6. ผู้พิจารณา ขั้นต้น : คณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ จำนวน 5 คน  
อุทธรณ์ : อุทธรณ์ต่อเลขาธิการ สปสช. (สถานที่ยื่นอุทธรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช. เขต )
7. ระยะเวลาอุทธรณ์ : ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ทราบผลการวินิจฉัย โดยเลขาธิการ สปสช. พิจารณาคำร้องอุทธรณ์



# ประเภทความเสียหายและอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID -19 สปสช.เขต 7 ขอนแก่น

ประเภทความเสียหาย	อัตราจ่าย (บาท)
<b>5 (1) กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร</b>	ไม่เกิน 400,000 บาท
1.1 เสียชีวิตภายใน 30 วัน	400,000
1.2 เสียชีวิตมากกว่า 30 วัน	240,000 - 400,000
1.3 ทุพพลภาพอย่างถาวร <i>(สภาพผัก)</i>	240,000 - 400,000
1.4 เจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาตลอดชีวิต	240,000 - 400,000
<b>5 (2) เสียอวัยวะ หรือพิการ</b>	ไม่เกิน 240,000 บาท
2.1 พิกัดหรือสูญเสียอวัยวะ	100,000 - 240,000
<b>5 (3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง</b>	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.1 อาการเล็กน้อย รักษาไม่เกิน 3 วัน	3,000 - 5,000
3.2 อาการปานกลาง รักษาไม่เกิน 7 วัน	5,000 - 20,000
3.3 อาการมาก รักษาไม่เกิน 20 วัน	20,000 - 75,000
3.4 อาการรุนแรง รักษามากกว่า 20 วัน	75,000 - 100,000

หมายเหตุ : ประเภทและอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ พิจารณาความเสียหายจากการรับวัคซีน

ผลกระทบและเศรษฐกิจฐานของผู้ร้อง





ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19  
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๕)

พ.ศ. ๒๕๖๔

---

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหน่วยรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณี  
ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19  
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิมากยิ่งขึ้น

“ข้อ ๖ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) หรือทายาท หรือผู้ประกอบการ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียน ตามมาตรา ๕๐ (๕) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือองค์กรของผู้บริโภคที่เป็นสมาชิกของสภาองค์กรของผู้บริโภค หรือสำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายในสองปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# SLA งานพิจารณาช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับผลกระทบจากการรับวัคซีนโควิด 19



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาดำเนินการ

ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายหรือทนาย

ยื่นคำร้องที่หน่วยงานที่เกิดเหตุ / สสจ./ สปสช.

ภายใน 2 ปี นับจากวันที่เกิดความเสียหาย

หน่วยรับเรื่อง

ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของคำร้อง และเอกสารประกอบการพิจารณา  
บันทึกในระบบโปรแกรมรับคำร้องฯ

ผู้รับผิดชอบ สปสช.เขต

ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของคำร้อง  
และเอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ

ภายใน 5 วันทำการ นับจากวันลงรับเอกสาร

ไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน

ถูกต้อง/ครบถ้วน

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต้นสังกัด / ผู้ร้อง เพื่อแก้ไข/เพิ่มเติม  
คำร้องและเอกสารสมบูรณ์แนบเพิ่มเติมในโปรแกรม

นำเข้าสู่ประชุมคณะกรรมการพิจารณา

ตามรอบประชุม สัปดาห์ละครั้ง

จัดทำหนังสือแจ้งมติการประชุม และ  
ข้อเสนอแนะให้ผู้ร้องและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ภายใน 5 วันทำการ หลังรับรายงานสรุปมติการประชุม

ทำเรื่องเบิกจ่ายและโอนเงินกองทุนไปยัง ผู้รับผลประโยชน์

ภายใน 15 วันทำการ หลังมีมติการประชุม





# ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดขอนแก่น



ยื่นคำร้อง

ยื่นอุทธรณ์



# ขั้นตอนการยื่นคำร้อง

1. ผู้รับวัคซีนตามแผน/โครงการ หรือกิจกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 จากรัฐ **โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้ว**  
**ได้รับความเสียหาย**



2. ผู้เสียหาย/ทายาท/ผู้มีอุปการะ/หน่วยบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ภายใน 2 ปี ตามแบบฟอร์ม พร้อมเอกสารประกอบ **สถานที่ยื่น** : 1.หน่วยบริการที่ให้บริการ 2.สสจ. 3.สปสช.เขต



3. หน่วยคำร้อง รวบรวมเอกสารส่งให้ สปสช.เขต โดยเร็ว



4. สปสช.เขต เตรียมเอกสาร จัดประชุมคณะกรรมการระดับเขต มีมติการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



5. สปสช.เขต จัดทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องคำร้องทราบ



6. สปสช.เขต จัดส่งเอกสารให้ สำนักการเงินฯและบัญชีกองทุนเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ผู้เสียหาย

7. สปสช.เขต โอนเงินผ่านระบบธนาคารออนไลน์ เข้าบัญชีธนาคารของผู้เสียหายหรือผู้ยื่นคำร้อง และแจ้งการโอนเงินผ่าน SMS







# เอกสารประกอบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดขอนแก่น



ส่วนที่ 1 เอกสารแบบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 เอกสารประกอบการพิจารณา





# ส่วนที่ 1 เอกสารแบบคำร้องและเอกสารผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง

## 1. แบบคำร้อง และข้อมูลส่วนตัว \*\*\*แบบคำร้องระบุข้อมูลให้ครบถ้วน\*\*\*

1.1 กรณีสิทธิ UC ข้าราชการ ผู้ประกันตนสัญชาติไทย และอื่นๆ

1.2 กรณีผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย (ยื่นที่ สนง.ประกันสังคมจังหวัด)



ดาวน์โหลดแบบคำร้อง



ดาวน์โหลดแบบคำร้อง



- 2. สำเนาบัตร ปชช./ทะเบียนบ้าน (ผู้รับบริการ/ ผู้ยื่นคำร้อง)
- 3. ใบมรณะบัตร , ใบรับรองการตาย (กรณีเสียชีวิต)
- 4. ทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 5. ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 6. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ผู้ยื่นคำร้อง)

\*\*\*เซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับ\*\*\*



## ส่วนที่ 2 เอกสารประกอบการพิจารณา

1. หลักฐานการได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19
2. สำเนาเวชระเบียน ของหน่วยบริการทุกแห่งที่เข้ารับการรักษา
3. ใบรับรองแพทย์
4. แบบฟอร์มการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน COVID-19 กรณีเหตุการณ์ร้ายแรงหรือเสียชีวิต ที่สื่อให้ความสนใจหรือส่งผลกระทบต่อการทำงาน การให้บริการวัคซีน COVID-19 สำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
5. AEFI1 ,AEFI2
6. เอกสารที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ในการพิจารณาความเสียหาย เช่น สรุปรักษาของแพทย์ผู้ให้การรักษา ,กรณีไม่ยินยอม Autopsy แบบใบไม่อนุญาตให้แพทย์ Autopsy, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)

### **การจัดทำเอกสาร ลำดับ 4 และ 5**

- กรณีไม่มีการส่งต่อ หน่วยบริการที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้จัดทำ
- กรณีมีการส่งต่อ หน่วยบริการที่รับส่งต่อการรักษาเป็นผู้จัดทำ





# แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 (มี 2 หน้า)

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....  
วันที่รับคำร้อง .....

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สถานะการพยาบาล  หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม  
 ข้าราชการ  อื่นๆ .....

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ .....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....  
.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับชื่อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล.....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....  
.....โทรศัพท์.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน.....จังหวัด.....

๓.๒ วันที่รับวัคซีนเข็มที่ ๑.....เข็มที่ ๒.....  
.....เข็มที่ ๓.....เข็มที่ ๔.....

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาใบรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต

ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา และการหยุดทำงาน

สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)

เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

2

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยื่นเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร) .....

เลขที่ บัญชี.....ของ (ระบุชื่อ).....ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง  
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

---

**คำแนะนำ**

- ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท)ที่ไม่ให้การช่วยเหลือ เคื้อดูแลหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
- สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ หน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50 (5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 องค์การผู้บริโภคที่เป็นสมาชิกของสภาองค์กรของผู้บริโภค สำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562
- ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
โทรศัพท์ 02 141 4000 เวลาราชการ โทรสาร 02 143 9730-1  
หรือติดต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เป็บริการ 24 ชั่วโมง  
หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่



แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))



ชื่อหน่วยรับคำร้อง สสจ.ขอนแก่น  
วันที่รับคำร้อง 18 พ.ค. 65

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....นางใจดี รักดี.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล  หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม  
 ข้าราชการ  อื่นๆ .....

๑.๔ อาชีพ.....ค้าขาย.....รายได้.....10,000.....ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ .....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....55/5 หมู่ที่ 5 ต.บ้านเปิด อ.เมืองขอนแก่น.....  
จ.ขอนแก่น.....โทรศัพท์.....085-5555555.....





๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล .....นางสาวมิตี รักดี.....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก...55/5 หมู่ที่ 5 ต.บ้านเปิด อ.เมืองขอนแก่น

.....จ.ขอนแก่น.....โทรศัพท์..... 085-5555555

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน **เซ็นทรัล พลาซ่า ขอนแก่น** จังหวัด .....ขอนแก่น.....

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ ..... 1 เม.ย. 64 ..... เข็มที่ ๒ .....

เข็มที่ ๓ .....เข็มที่ ๔ .....

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น ..... 11 เม.ย. 64 .....

\* ๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน หลังฉีดวัคซีน 10 วัน มีอาการไข้ น้อยหอบ

แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ นอนรักษา

ในโรงพยาบาล 2 วัน ปัจจุบันยังคงมีอาการอ่อนแรงและมีนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง



\* กรณีที่มีรายละเอียดความเสียหายเพิ่มเติม หรือกรณีที่  
ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่  
สถานพยาบาลใดๆ  
สามารถเขียนรายละเอียด  
แบบเพิ่มเติมเพื่อ  
ประกอบการพิจารณา



#### ๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- / สำเนาบัตรประชาชน
- / สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- / ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา และการหยุดพักงาน
- / สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)
- / เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....หลักฐานการฉีดวัคซีน , สำเนาเวชระเบียน,  
หน้าสมุดบัญชีธนาคาร





กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อธนาคาร) ..... กรุงเทพมหานคร.....

เลขที่ บัญชี..... 123-4-56789-0..... ของ (ระบุชื่อ)..... นางสาวมีดี รักดี..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง

มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว



ลงชื่อ ..... มีดี รักดี ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(..... นางสาวมีดี รักดี .....)



# ตัวอย่างการกรอกแบบอุทธรณ์

แบบอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับอุทธรณ์ รพ.มัญจาคีรี  
วันที่ยื่นอุทธรณ์ 1 มิ.ย. 64

๑. รายละเอียดของผู้อุทธรณ์(บุคคลคนเดียวกับผู้ยื่นคำร้อง)

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....นางสาวมีดี รักดี.....

๑.๒ เลขที่บัตรประชาชน 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

๑.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....บุตร.....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....55/5 หมู่ที่ 5 ต.บ้านเปิด อ.เมืองขอนแก่น  
จ.ขอนแก่น.....โทรศัพท์.....085-5555555.....

๒. วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

30 พฤษภาคม 64  
.....  
.....





# ตัวอย่างการกรอกแบบอุทธรณ์

๓. ข้อโต้แย้ง ข้อเท็จจริง และข้อกฎหมายที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต  
 ตามที่ข้าพเจ้า นางสาวมีดี รักดี ได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำร้องฯ.....  
 กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนโควิด-19 มีมติการประชุม ครั้งที่.....  
 5/2564 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 64 พิจารณาล่าช้าเงินช่วยเหลือฯ กรณี นางสาวใจดี  
 รักดี จำนวน ๕,๐๐๐ บาท ซึ่งข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาฯ เนื่องจาก  
 อาการปัจจุบันนางใจดีฯ ยังไม่ดีขึ้น มีอาการแขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรง มือสั่น  
 หยิบจับสิ่งของไม่ถนัด ปวดศีรษะอย่างต่อเนื่อง นอนหลับยาก เหนื่อยง่าย  
 อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานหนักได้ นำหนักลดลง และเข้ารับการรักษาที่คลินิก  
 เอกชนอย่างต่อเนื่อง จึงขอให้คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาวินิจฉัยอีกครั้ง

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมอุทธรณ์

- ความเห็นแพทย์ หรือ ที่เกี่ยวข้อง
- เอกสารอื่น .....ภาพถ่ายผู้ป่วย.....

ลงชื่อ ..... มีดี รักดี ..... ผู้อุทธรณ์  
 (.....นางสาวมีดี รักดี.....)



# สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นบันทึกแบบคำร้องฯ และแนบเอกสาร ในระบบ Subsidy ของ สปสช. ในกรณีที่เอกสารครบถ้วน ดังนี้

- / เอกสารแบบคำร้องฯ
- / เอกสารผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง
- / เอกสารประกอบการพิจารณา



← → ↻ | [subsidy.nhso.go.th/subsidy/#/main](https://subsidy.nhso.go.th/subsidy/#/main) | 📖 ☆ | ☰ 📏 🔔 ⋮

**สปสช.** Home | บัญชีผู้ใช้: [เข้าสู่ระบบ](#) | [Logout](#)

Home / main

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**COVID19**

[พิจารณาคำร้อง](#)

[ตรวจสอบสถานะ](#)

Dashboard

ยื่นคำร้อง

การตรวจสอบเอกสาร

การพิจารณา

Logout



# สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นบันทึกแบบคำร้องฯ และแนบเอกสาร ในระบบ Subsidy ของ สปสช. ในกรณีที่เอกสารครบถ้วน ดังนี้

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- ตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา
- Logout

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19

หน่วยรับคำร้อง: [ ]      วันรับคำร้อง: 02/05/2565

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

เลขที่บัตรประชาชน \*      ชื่อ - สกุล \*      อายุ      เพศ

สิทธิการรักษา      อาชีพ      บุคลากรทางการแพทย์ \*      รายได้ (บาท/เดือน)

โทรศัพท์ \*      การที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก \*      แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ \*      จังหวัด \*      รหัสไปรษณีย์ \*

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับชื่อ 1 ไม่ต้องกรอก)  ผู้เสียหายยื่นเอง     ลูกศิษย์แทน

3. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

สถานที่ฉีดวัคซีน \*      จังหวัด \*      วันที่ได้รับวัคซีน \*      เข็มที่แพ้      ชนิดวัคซีน      Lot no.      วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น \*

อาการ ณ วันที่ยื่น      ประเภทผู้ช่วย      จำนวนวัน      ความเสียหายจากการรับวัคซีน \*

ผู้บันทึกข้อมูล      บัวสกลณี ชินทร      เบอร์ติดต่อ      บันทึก

Activate Windows  
Go to Settings to activate Windows.



# ประเด็นที่พบและข้อเสนอแนะ จากการยื่นแบบคำร้องฯและการแนบเอกสาร ประกอบการพิจารณา



1.แบบคำร้องฯ และเอกสาร  
ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง

2.เอกสารประกอบการพิจารณา





# ประเด็นที่พบและข้อเสนอแนะจากการยื่นแบบคำร้องฯ และการแนบเอกสารประกอบการพิจารณา

## 1.แบบคำร้องฯ และเอกสารผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง

- 1.แบบคำร้องฯ ลงข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้แก่ หน่วยรับคำร้อง วันที่รับคำร้อง เบอร์โทรศัพท์
- 2.แบบคำร้องฯ ลงข้อมูลไม่สอดคล้องกับเอกสาร ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง และเอกสารประกอบการพิจารณา ได้แก่ วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน ข้อมูลหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
- 3.เอกสารผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง ไม่มีการลงนามรับรองสำเนา
- 4.แนบเอกสารของผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้องไม่ครบถ้วน ได้แก่
  - กรณีผู้รับบริการเสียชีวิตไม่มีการแนบสำเนาใบมรณะบัตร
  - กรณีผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้องมีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ไม่มีการแนบหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
  - กรณีผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง ไม่ใช่บุคคลเดียวกันแนบเอกสารไม่ครบถ้วน
  - กรณีอุทธรณ์ฯ \*แนบเอกสารหนังสือแจ้งผลการพิจารณาฯ ที่ผู้ร้องได้รับทางไปรษณีย์



# ประเด็นที่พบและข้อเสนอแนะจากการยื่นแบบคำร้องฯ และการแนบเอกสารประกอบการพิจารณา

## 2. เอกสารประกอบการพิจารณา

1. ข้อมูลการวัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีนไม่สอดคล้องกับแบบคำร้องฯ ได้แก่ แบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ฯ เอกสาร AEFI 1,2 เอกสารหลักฐานการฉีดวัคซีน

2. กรณีที่ผู้รับบริการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง สสจ.ขอนแก่น ขอข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาอาจมีความล่าช้า ต้องรอข้อมูลครบถ้วนจึงสามารถบันทึกข้อมูลในระบบได้ จึงขอความร่วมมือหน่วยบริการส่งเอกสารทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์(E-MAIL) ที่ระบุในหนังสือขอข้อมูลการรักษาพยาบาล

### 3. กรณีอุทธรณ์ฯ แนบเอกสาร

- หนังสือแจ้งผลการพิจารณาฯ ที่ผู้ร้องได้รับทางไปรษณีย์
- กรณีมีการรักษาต่อเนื่องภายหลังการยื่นคำร้องฯ สามารถแนบเอกสารใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง(ถ้ามี)



จดหมายอิเล็กทรอนิกส์(E-MAIL)

[bualuk.j@gmail.com](mailto:bualuk.j@gmail.com)



# ช่วงถาม-ตอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้



# สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

