

ด่วนที่สุด

ที่ รง ๐๖๒๖/๖๑๑



สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๑๐ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอให้ส่งแบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล

- อ้างถึง ๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และฉบับที่ ๒ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
๒. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาการแยกกักในชุมชน (Community Isolation) ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาล
๒. แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชน

ตามประกาศที่อ้างถึง ๑ - ๒ สถานพยาบาลได้ทำการดูแลรักษาผู้ประกันตนและบันทึกข้อมูลส่งให้แก่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ฯ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ขอให้ท่านดำเนินการส่งแบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์สำหรับสถานพยาบาลรัฐบาล ตามแบบฟอร์มสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และสำหรับสถานพยาบาลเอกชน ตามแบบฟอร์มสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ โดยจัดส่งผ่านช่องทาง E-mail : report.ssocovid19@gmail.com ภายใน ๗ วัน หลังจากได้รับหนังสือฉบับนี้ เพื่อจะได้ดำเนินการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสลิท แก้วละมุล)

นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

กลุ่มงานพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๖ ๒๕๑๖ - ๗

โทรสาร ๐ ๒๙๕๖ ๒๔๙๓

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 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก)

เลขที่

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม

โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

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/หสน./หจก.).....

ที่ทำการตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ ถนน ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก)

เลขที่

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม

โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

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. การยื่นแบบแสดงความจำนงต้องลงนามโดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเท่านั้น หากเป็นบุคคลอื่น จะต้องมิใช่มอบอำนาจประกอบการยื่นแบบแสดงความจำนง
2. กรณีสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบทันทีและกรอกแบบฟอร์มการแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ใหม่ทุกครั้ง หากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรายเดิมยังคงรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ อาจมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานและฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 และมาตรา 341 ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องดำเนินการตามกฎหมายจนถึงที่สุดต่อไป