



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองการเจ้าหน้าที่

☎ 2053

E-mail: personnel@group.psu.ac.th

ที่ มอ 026/ 0462

วันที่ ๕๗ มกราคม 2556

เรื่อง การขยายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนญาติสายตรง

เรียน อธิการบดี ผ่านรองอธิการบดี

ตามที่ประชุมหารือเรื่องการเข้ารับการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2555 ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย รองอธิการบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และงานสวัสดิการ ที่ประชุมมีมติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จะขยายสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ บุคลากรที่เกษียณอายุราชการ และญาติสายตรงบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในทุกวิทยาเขต สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิ และขอลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังต่อไปนี้

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. สิทธิประกันสังคม และ
3. การลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษ เฉพาะบุคลากรมหาวิทยาลัย บุคลากรที่เกษียณอายุราชการและญาติสายตรง ไม่รวมถึงบุคลากรในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานไม่เกี่ยวเนื่องกับภารกิจของมหาวิทยาลัย สำหรับรายละเอียดและขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิตามเอกสารแนบ

สำหรับผู้ที่ยื่นขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทั้งข้อ 1 และข้อ 2 ขอให้หน่วยงานต้นสังกัดรับรองความเป็นบุคลากร โดยดำเนินการผ่านงานสวัสดิการ กองการเจ้าหน้าที่ เพื่อตรวจสอบกลั่นกรองการผ่านสิทธิก่อนจัดส่งให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และสำนักงานประกันสังคมดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ เห็นสมควรแจ้งทุกคณะ/หน่วยงาน/ทุกวิทยาเขต เพื่อประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบโดยทั่วกัน

อธิการบดี

๒๒ ม.ค. ๕๖

ศิริลักษณ์ K

๒๒ ม.ค. ๕๖

ศิริลักษณ์ K

-ท.ว. + ๕๙

กมล

๒๕ ม.ค. ๕๖



# สำคัญ

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร.1011, 1012  
ที่ มอ 390 (1) / 928

วันที่ 25 ธันวาคม 2555

เรื่อง การขยายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนญาติสายตรง

เรียน อธิการบดี ผ่าน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

กองกลาง
สำนักงานอธิการบดี
รับที่ 916
วันที่ 27 ธ.ค. 55
เวลา 14.40 น.
กองการเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ 7186
วันที่ 28 ธ.ค. 2555
เวลา

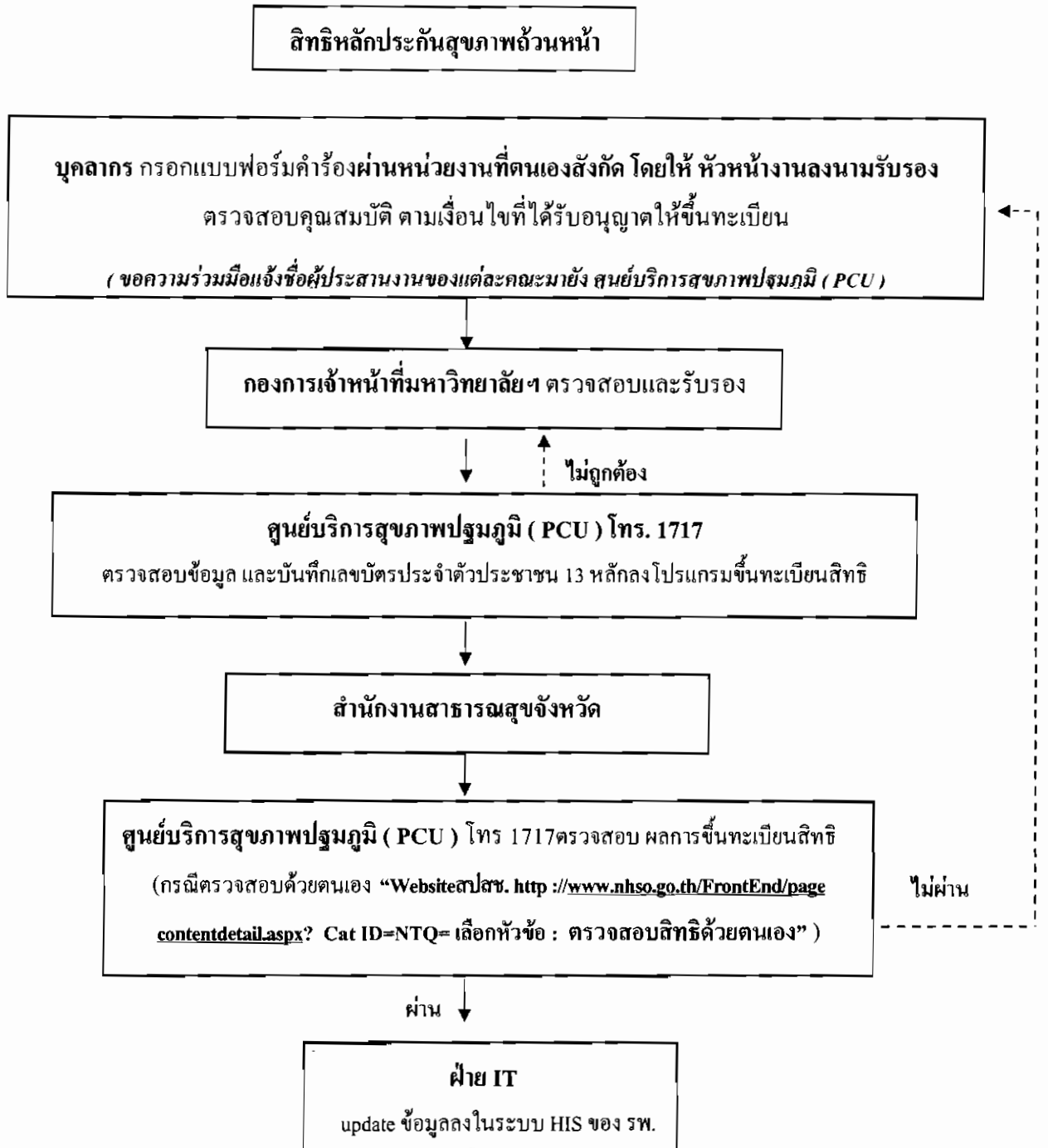
จากสภาพปัญหาขาดแคลนบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพ สาเหตุหนึ่งเกิดจากความไม่เท่าเทียมในเรื่องสิทธิสวัสดิการด้านการรักษายาบาลระหว่างข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานเงินรายได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อภารกิจหลักของหลายหน่วยงาน

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนและเพื่อเป็นสวัสดิการแก่บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้เกษียณอายุราชการ รวมถึงญาติสายตรง สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคมได้ โดยมีขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิและการลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษ ดังนี้

### ก.) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

ประเภทบุคลากร	ตนเอง		ญาติสายตรง	
	ประกันสังคม	บัตรทอง	ประกันสังคม	บัตรทอง
<b>บุคลากรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และญาติสายตรง</b>				
<b>๑</b> บุคลากรมหาวิทยาลัย ฯ ที่ปฏิบัติงานอยู่ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานเงินรายได้ พนักงานมหาวิทยาลัย ฯ)				
1.1 ต่ำกว่า ระดับปริญญาตรี			✓	อายุงาน 3 ปี ขึ้นไป
1.2 ปริญญาตรีทั่วไป	✓	ตั้งแต่วัน บรรจุ		
1.3 ปริญญาโท		-	✓	อายุงาน 1 ปี ขึ้นไป
1.4 ปริญญาเอก / วุฒิบัตร				
<b>๒</b> บุคลากรมหาวิทยาลัย ฯ ที่เกษียณอายุราชการ / ลาออก				
2.1 เกษียณอายุราชการ 60 ปี	✓	ปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป	✓	ปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป
2.2 เกษียณอายุราชการก่อนกำหนด หรือลาออก				

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสิทธิ :-



เอกสารประกอบ :-

- |  |        |
|--|--------|
| 1. สำเนาบัตรบุคลากร / บัตรพนักงานมหาวิทยาลัย / บัตรข้าราชการ<br>หรือ หนังสือรับรองบุคลากรกฤษฎีกาตามกำหนด / ก่อนกำหนด / ลาออก   | 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาสูติบัตรผู้ขอขึ้นทะเบียน  | 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน  | 1 ฉบับ |
| 4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคองหงส์ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขต<br>เทศบาลคองหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย /นาง / นางสาว /ค.ญ. / ค.ช.<br>ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” | 1 ฉบับ |
| 5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา  |        |
| 6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ / นามสกุล ( กรณีมี )  | 1 ฉบับ |

สิทธิประกันสังคม

บุคลากร กรอกแบบฟอร์มคำร้องผ่านหน่วยงานที่ตนเองสังกัด ให้หัวหน้างานลงนามรับรอง ตรวจสอบคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนสิทธิ Online ของแต่ละคณะ

งานการเจ้าหน้าที่แต่ละคณะ หรือ กองการเจ้าหน้าที่  
ตรวจสอบเอกสาร พร้อมขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคมผ่านระบบ Online ของแต่ละคณะ

ตัวจริง

สำเนา

สำนักงานประกันสังคม

- ขึ้นทะเบียนสิทธิและออกบัตรผู้ประกันตน
- ส่งบัตรผู้ประกันตน ให้แต่ละคณะตามรายชื่อที่บุคลากรท่านนั้นสังกัดอยู่

เวชระเบียน / ฝ่าย IT คณะแพทยศาสตร์

- Update ข้อมูลในระบบ HIS เพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนรายใหม่ ทุกวันที่ 1 และ 16 ของเดือน

ข.) การลดหย่อนส่วนเกินสิทธิค่าห้องพิเศษ เฉพาะบุคลากรคณะต่างๆ ที่ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และญาติสายตรง ผู้เกษียณอายุราชการ **ไม่รวม** ถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเนื่องกับภารกิจของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และชุมชนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประเภท	ลดหย่อนค่าห้องพิเศษ (ไม่รวมค่าอาหาร)
1. ตนเอง	50 %
2. ญาติสายตรง	30 %

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ พร้อมนี้ได้แนบบแบบฟอร์มคำร้องและคำแนะนำการขึ้นทะเบียนสิทธิมาด้วยแล้ว ทั้งนี้สามารถขึ้นทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และขอความกรุณาแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องของคณะ / หน่วยงานต่าง ๆ ทราบด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง



15/11/2564

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชิต เพชรพิเชฐเชียร)

110/110/110/110

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

110/110/110/110

Dr. Mr.

สำเนาเรียน : - ทีมบริหาร รพ.

- งานการเจ้าหน้าที่

- งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย

- งานเวชระเบียน

- งานเงินรายได้

- ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....

ประวัติบุคลากร

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสบุคลากร.....

หน่วยงานที่สังกัด.....คณะ.....เบอร์โทรฯ.....

เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....ร่วมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

- บิดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
- มารดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
- สามี/ภรรยา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
- บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง
- บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน \_ - - - - -  
[ ] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่.....โรงพยาบาลหลัก..... [ ] สิทธิว่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริง ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน  
(.....)

หัวหน้างานผู้ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น/รับรอง

- [ ] บุคลากรมีสิทธิตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด [ ] เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

การจ้างงาน [ ] จ้างต่อ [ ] ยกเลิกการจ้าง [ ] อื่นๆ.....

การอนุมัติขึ้นทะเบียน [ ] อนุมัติ [ ] อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

## เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### 1.1 กรณีบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร

1. สำเนาบัตรบุคลากร/บัตรพนักงานมหาวิทยาลัย/บัตรข้าราชการ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชน /สำเนาสูติบัตรผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคอหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคอหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย, นาง, นางสาว, ด.ญ., ด.ช. ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (กรณีมี) 1 ฉบับ

### 1.2 กรณีบุคลากรเกษียณอายุราชการ/เกษียณอายุราชการก่อนกำหนดและลาออก

1. หนังสือรับรองบุคลากรเกษียณอายุ/ลาออก จากการเจ้าหน้าที่ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านจริงผู้ขอขึ้นทะเบียน 1 ฉบับ
4. กรณีไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านมาในเขตเทศบาลคอหงส์ ให้นำสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลคอหงส์ และให้เจ้าบ้านลงนามรับรอง “อนุญาตให้ นาย, นาง, นางสาว ใช้ทะเบียนบ้านนี้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” 1 ฉบับ
5. แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับความเห็นจากผู้บังคับบัญชา
6. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (กรณีมี) 1 ฉบับ

หมายเหตุ: เอกสารกรณาลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

### 1.3 การตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยตนเอง

สามารถตรวจสอบได้จาก website สปสช <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NTQ=> เลือกหัวข้อ: ตรวจสอบสิทธิด้วยตนเอง

1. ทราบสิทธิปัจจุบันที่ถือครอง ตรวจสอบชื่อ สกุลที่ถูกต้อง
2. ตรวจสอบการได้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังจากขอขึ้นทะเบียนสิทธิ 1 เดือน
3. กรณีตรวจสอบสิทธิ และพบว่าไม่มีสิทธิประกันสังคม แต่ปัจจุบันหมดสิทธิประกันสังคมแล้ว ต้องติดต่อสำนักงานประกันสังคม เพื่อดำเนินการปลดสิทธิประกันสังคมก่อน จึงสามารถขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
4. กรณีตรวจสอบสิทธิ และพบว่าไม่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยที่ตนเอง หรือบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ไม่มีสิทธิดังกล่าว ให้ติดต่อที่หน่วยงานต้นสังกัดเดิม เพื่อดำเนินการแจ้งไปส่วนกลาง หากไม่สามารถไปติดต่อส่วนราชการที่เดิมที่ลาออกได้ ให้นำเอกสาร ได้แก่ หนังสืออนุมัติการลาออกจากราชการของตนเอง หรือญาติสายตรงที่เกี่ยวข้อง ติดต่อกับศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประสานงานดำเนินการปลดสิทธิก่อน







แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สำหรับผู้เคยยื่นแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สปศ. 1-03 แล้ว

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

ชื่อสาขา..... ลำดับที่สาขา

สถานประกอบการ/สาขาดังอยู่เลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์     โทรศัพท์.....

ลำดับที่	เลขประจำตัวประชาชน	กำหนด้านาม ชื่อ - ชื่อสกุล	วัน เดือน ปี เข้าทำงานใหม่	ชื่อสถานประกอบการ สุดท้ายก่อนเข้า ทำงานที่นี่	ชื่อสถานประกอบการ กรณีทำงานกับ นายจ้างหลายราย
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

หมายเหตุ 1. สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน

2. ให้แจ้งการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(คำอธิบายดูด้านหลัง)







หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง).....  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  
 พนักงานมหาวิทยาลัย  พนักงานคณะแพทยศาสตร์ ตำแหน่ง.....สังกัด  
ภาควิชา/หน่วยงาน.....เริ่มบรรจุรับราชการเมื่อวันที่.....  
จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน มีความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 6..... เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยได้แนบบรายละเอียดเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านบุคลากร | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง |
| <input type="checkbox"/> บัตรรับรองสิทธิตัวจริง  | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส           |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....     |   |

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันตน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่/ผู้แทน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (รองคณบดี/ผู้ช่วยคณบดี)

(.....)