



สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 41089

ที่ อว 78.072/E15532/2563

วันที่ 26 ตุลาคม 2563

เรื่อง การแจ้งขอย้ายสิทธิประกันสังคมญาติสายตรง (บิดา มารดา สามี/ ภรรยา และบุตร) ของบุคลากรคณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เรียน กลุ่มหัวหน้าภาควิชา (29 ภาควิชา/สถาน/ศูนย์) (Update 9 ธันวาคม 2562)

ตามที่คณะฯ ให้สวัสดิการแก่บุคลากรในการย้ายสิทธิประกันสังคมของญาติสายตรง (บิดา
มารดา สามี/ ภรรยา และบุตร) จากโรงพยาบาลอื่นมาเป็นสิทธิประกันสังคมโรงพยาบาลศิริราช โดยบุคลากร
จะต้องปฏิบัติงาน 3 ปี ขึ้นไป นั้น

เนื่องจากสำนักงานประกันสังคม กำหนดให้มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี ระหว่างวันที่ 1
มกราคม- 31 มีนาคม ของปี หน่วยประกันสังคมขอแจ้งให้บุคลากรที่มีความประสงค์จะย้ายสิทธิประกันสังคม
ของญาติสายตรง (บิดา มารดา สามี/ ภรรยา และบุตร) แจ้งความประสงค์ได้ตั้งแต่วันที่ 15
มีนาคม 2564 โดยกรอกแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมบันทึกฉบับนี้พร้อมเอกสารประกอบตามรายละเอียดที่
แจ้ง โดยทำบันทึกผ่านระบบ e document และ scan เอกสารแนบมาในระบบ e document ส่วนเอกสาร
ฉบับจริงส่งไปที่หน่วยประกันสังคม หอพักพยาบาล 3 ชั้น 2 หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมสอบถามได้ที่
นางอรษา ชุมทัฬหะ หน่วยประกันสังคม โทร 41089

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้าสาขาวิชา + แลงาน ศร. ทด. ๓๓๓
มีผลสำหรับ (คนไข้มูลนิธิ) ให้ลงทะเบียนกับ สอ. ตม. ท. ๓๓๓

วิวัฒน์

รศ.นพ.วิวัฒน์ เชี่ยววิทย์
หัวหน้าภาควิชารังสี

26 ต.ค. 2563

วิศิษฎ์ วามวาณิชย์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฎ์ วามวาณิชย์)

ร่าง นาง อรษา ชุมทัฬหะ

ตรวจสอบ น.ส. อินทิรา บุญบางแก้ว

นำหมายเลขจาก
ระบบ e document



ที่ อว 78.072.....

วันที่

เรื่อง ขอย้ายสิทธิประกันสังคม

เรียน หัวหน้าภาควิชา/ หน่วยงาน

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว) ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....ประเภทการจ้าง.....

ภาควิชา/ หน่วยงาน.....โทร.....อายุการปฏิบัติงาน.....ปี

มีความประสงค์ขอย้ายสิทธิประกันสังคมของ บุตร สามี ภรรยา บิดา มารดา

(นาย นาง นางสาว) ชื่อ-สกุล..... วัน เดือน ปีเกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... โทรศัพท์.....

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาบุคคลดังกล่าวเคยปรึกษา หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรค.....

เดิมมีสิทธิประกันสังคมของ โรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....พนักงาน

(.....)

เอกสารประกอบการย้ายสิทธิประกันสังคม 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ย้ายสิทธิประกันสังคม

สำเนาทะเบียนบ้านของพนักงาน (กรณีย้าย บิดา/ มารดา)

สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (กรณีย้ายบุตร)

สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีย้ายสามี/ ภรรยา)

สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานของบุคลากรคณะฯ (ID Card)

แบบ สปส.9-02 (ผู้ประกันตนกรอก ลายเซ็นจะต้องตรงกับในสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

หมายเหตุ บุคลากรที่ประสงค์จะย้ายสิทธิประกันสังคมของญาติ จะต้องมียุทธการปฏิบัติงาน 3 ปี ขึ้นไป

หมายเหตุ เมื่อแจ้งเปลี่ยนสถานพยาบาลแล้วให้ตรวจสอบสิทธิผ่าน web site ของ สำนักงานประกันสังคม

<https://www.sso.go.th>