



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไข การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไขการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไขสำหรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๘) ข้อ ๘ หมวด ๓ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อจากพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันกับผู้ประกันตนให้จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อรายตามจำนวนรายพี่น้องที่ตรวจรวมทั้งผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ต่อไปนี้

๑) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติจากสำนักงานให้เข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดก่อนที่จะเข้ารับการตรวจเนื้อเยื่อ

๒) กรณีการตรวจเนื้อเยื่อระหว่างผู้ประกันตนกับพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน และผลการตรวจเนื้อเยื่อปรากฏว่าไม่สามารถเข้ากันได้ และผู้ประกันตนไม่สามารถปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เนื้อเยื่อจากพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

๓) สำนักงานจะจ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อให้แก่สถานพยาบาลที่ทำการตรวจเนื้อเยื่อ โดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรองและได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๑๐) (ก) ข้อ ๘ หมวด ๓ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

๑) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดด้วยวิธีเนื้อเยื่อตนเอง (Autologous) ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตราเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทต่อรายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๒) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดด้วยวิธีเนื้อเยื่อผู้อื่นที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน (Allogeneic related) เหม่าจ่ายในอัตราหนึ่งล้านสามแสนบาทต่อรายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ทั้งนี้ ครอบคลุมถึงอัตราการตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

๓) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดด้วยวิธีเนื้อเยื่อจากผู้บริจาค (Allogeneic unrelated) โดยเป็นการใช้เนื้อเยื่อจากผู้บริจาคเฉพาะที่ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลทะเบียนของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยเท่านั้น เหม่าจ่ายในอัตราหนึ่งล้านสามแสนบาทต่อรายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (กรณีค่าตรวจเนื้อเยื่อจากผู้บริจาคที่ไม่ใช่พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันผู้ประกันตนต้องชำระเงินเอง)”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูกแบบท้ายประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๑) ผู้ประกันตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑.๑) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia) ในระยะเรื้อรัง (chronic phase) หรือในระยะที่มีการดำเนินโรคเร็ว (accelerated phase) หรือในระยะ blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ chronic phase หรือได้ complete remission

(๑.๒) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลัน (Acute myeloid leukemia) ในระยะที่โรคสงบ (complete remission)

(๑.๓) มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน (Acute lymphoblastic leukemia) ในระยะที่โรคสงบ (complete remission)

(๑.๔) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Malignant lymphoma) ที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (first line chemotherapy) หรือในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ high risk, high-intermediate risk โดย International prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) ควรทำ ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (first complete remission) หรือในระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (partial remission)

(๑.๕) ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อ ชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH) ที่มีอาการของโรค ที่รุนแรง

(๑.๖) ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)

(๑.๗) ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Myelodysplastic syndrome) ในระยะที่มีพลาสมาเซลล์มากหรือไมอีโลโมนอไซติกลิวคีเมียชนิดเรื้อรัง (Chronic myelomonocytic leukemia)

(๑.๘) มะเร็งไขกระดูกชนิดมัลติโพลมา (multiple myeloma)

๒) ผู้ประกันตนจะต้องไม่เป็นโรคตามข้อ ๑) มาก่อนที่จะเป็นผู้ประกันตน และจะต้องมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี ณ วันที่ยื่นเรื่องขอรับสิทธิประโยชน์

๓) ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้จำนวน ๑ ครั้ง ยกเว้น โรคมะเร็งไขกระดูกชนิดมัลติโบลม่า (Multiple myeloma) ที่มีสิทธิขอรับการพิจารณาอนุมัติการปลูกถ่ายไขกระดูก ได้ ๒ ครั้ง

๔) ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานในการ พิจารณาอนุมัติให้ผู้ประกันตนเข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๕) ให้ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดไปเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรคอื่นๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดในช่วงระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๖) การให้บริการทางการแพทย์ด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ให้รวมตลอดถึงการ ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเมื่อมีโรคหรืออาการแทรกซ้อนเนื่องจากการรักษาพยาบาลด้วยวิธี ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์



แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

1. แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล

เมื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า ผู้ประกันตนได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไข การปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการ ทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 แล้ว มีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความเหมาะสม ตามสภาพร่างกาย และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ให้ปฏิบัติดังนี้

1.1 แพทย์ผู้ทำการรักษา และผู้ทำการวินิจฉัยเป็นผู้ให้รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยของ ผู้ประกันตนตามแบบฟอร์ม 1.1 พร้อมสำเนาเวชระเบียน และผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง

1.2 ขอให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารตามข้อ 1.1 มอบให้กับผู้ประกันตน และแนะนำให้ ผู้ประกันตนติดต่อกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือเขตพื้นที่ที่สะดวก

1.3 เมื่อผู้ประกันตนได้รับอนุมัติให้มีสิทธิการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแล้ว เพื่อประเมินสภาวะของโรคเบื้องต้น และความพร้อมของร่างกายจะต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ ผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่าย สิทธิการรักษาพยาบาลยังคงอยู่ที่โรงพยาบาลตามสิทธิจนกว่าจะเริ่มต้นการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตน

2. แนวปฏิบัติสำหรับสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมที่รับเรื่อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ตรวจสอบเอกสารจากสถานพยาบาลตามข้อ 1.1 และประสานงานกับสถานพยาบาลกรณี ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.2 ตรวจสอบสถานภาพการเป็นผู้ประกันตน พร้อมทั้งรับรองสิทธิตามแบบฟอร์ม 2.2

2.3 ส่งเรื่องให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ดำเนินการเสนอเข้าคณะกรรมการตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์ โดยจัดทำสรุปข้อมูลในรูปแบบของระเบียบวาระการประชุม

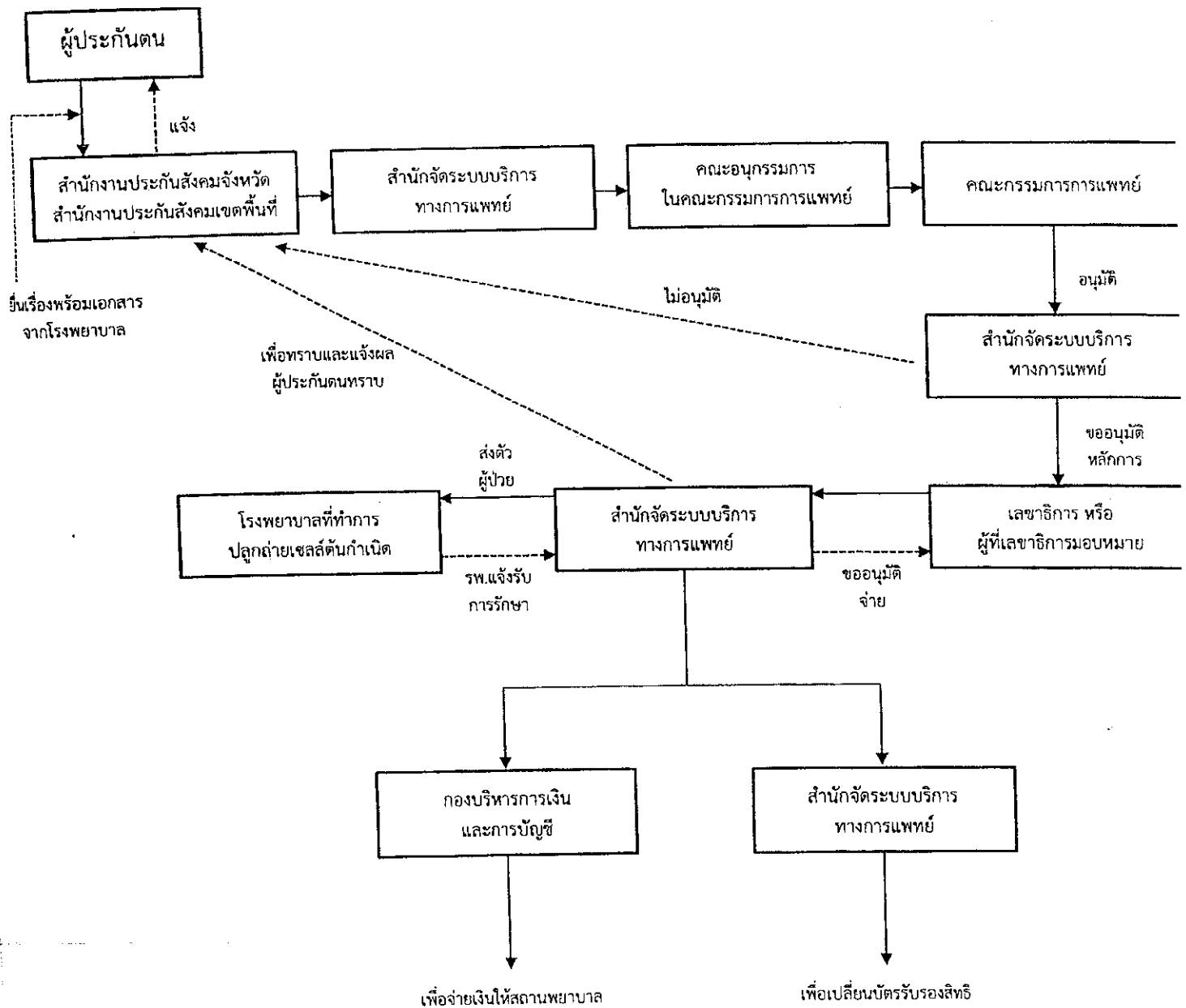
2.4 กรณีผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ดำเนินการทำหนังสือ ขออนุมัติเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย เพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ทำความตกลง กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พร้อมทั้งหนังสือแจ้งสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เขตพื้นที่ที่ยื่นเรื่อง เพื่อแจ้งผู้ประกันตนทราบ

2.5 เมื่อสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ได้รับแจ้งการเริ่มต้นกระบวนการรักษาด้วยวิธี การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากสถานพยาบาลในความตกลงกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแบบฟอร์ม 2.5 และ สปส.9-02 สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ จึงจะดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาล ตามบัตรรับรองสิทธิ ให้แก่ผู้ประกันตนไปสังกัดอยู่กับสถานพยาบาลที่ทำการรักษากรณีการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในวันที่ 16 ของเดือนนั้น หรือวันที่ 1 ของเดือนถัดไป และเมื่อสิ้นสุดการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแล้ว ดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้เป็นไปตามสถานพยาบาลเดิมก่อนการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

3. เอกสารประกอบการส่งหาหรือกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

- (1) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบ)
 - (2) สำเนาเวชระเบียน
 - (3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ผลตรวจเลือด CBC
 - ผลตรวจไขกระดูก (Bone Marrow Aspiration)
 - ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Bone Marrow Biopsy)
 - ผลการตรวจอื่นๆ
 - (4) ใบรับรองสิทธิการเป็นผู้ประกันตน (ตามแบบ)
 - (5) ใบแจ้งความจำนงของโรงพยาบาลให้เปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิฯ (ตามแบบ)
 - (6) บันทึกถ้อยคำผู้ประกันตน/แบบคำขอ สปส.2-18
 - (7) สรุปเรื่อง/ระเบียบวาระ
 - (8) ขอให้ระบุสถานพยาบาลในความตกลงที่ผู้ประกันตนมีความประสงค์จะขอรับการรักษากรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
-

แผนภูมิแนวปฏิบัติการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด



แนวปฏิบัติการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดขาวแก่สถานพยาบาล

๑. ปลูกถ่ายด้วยวิธี Autologous ใช้เนื้อเยื่อตัวเอง โดยวิธีเหมาะจ่ายให้กับสถานพยาบาล
ในความตกลงเป็นจำนวนเงิน ๗๕๐,๐๐๐ บาท (เจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ เก็บ stem cell ของผู้ประกันตน จำนวนเงิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

งวดที่ ๒ เมื่อมีการทำ stem cell transfusion จำนวนเงิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท

๒. ปลูกถ่ายด้วยวิธี Allogeneic related ที่ใช้เนื้อเยื่อของพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
โดยวิธีเหมาะจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านสามแสนบาทถ้วน)
และหักค่าตรวจเนื้อเยื่อกรณีผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้าได้กับพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ วันที่เข้ารับการรักษายาบาลครั้งแรก (admission)

และได้รับ stem cell transfusion จำนวนเงิน ๘๐๐,๐๐๐ บาท

งวดที่ ๒ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge)

จำนวนเงินที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจเนื้อเยื่อกรณีผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้าได้กับ

พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

๓. การปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยวิธี Allogeneic unrelated ที่ใช้เนื้อเยื่อผู้บริจาคโดยวิธีเหมาะจ่าย
ให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านสามแสนบาทถ้วน)
ค่าใช้จ่ายในการตรวจเนื้อเยื่อผู้ประกันตนรับผิดชอบ โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ วันเข้ารับการรักษายาบาลครั้งแรก (admission)

และได้รับ stem cell transfusion จำนวนเงิน ๘๐๐,๐๐๐ บาท

งวดที่ ๒ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge)

จำนวนเงิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท

๔. การตรวจเนื้อเยื่อจากพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกันกับผู้ประกันตนให้จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง
ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อรายตามจำนวนรายพี่น้องที่ตรวจรวมทั้งผู้ประกันตน



(แบบฟอร์ม 1.1)

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

สำนักงานประกันสังคม

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

โรงพยาบาล.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น.....ตั้งแต่วันที่.....

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ส่วนที่ 2 ผล CBC

โรงพยาบาล	วันที่	Hb (gm/dl)	Hct (%)	WBC (/mm ³)	Blast (%)	Pro (%)	Myelo (%)	Mata (%)	Mono (%)	Lymph (%)	Baso (%)	PMN (%)	EOS (%)	Platelet (/mm ³)

ส่วนที่ 3 ผล Bone marrow aspiration เมื่อวันที่

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ผล Bone marrow biopsy เมื่อวันที่

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจอื่นๆ อาทิเช่น ผล Chromosome study

1.เมื่อวันที่.....

.....

.....

.....

2.เมื่อวันที่.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 6 สรุปความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ☐ สำเนาเวชระเบียนพร้อมผล CBC ☐ สำเนาผล Bone marrow aspiration
- ☐ สำเนาผล Bone marrow biopsy ☐ สำเนาผลการตรวจอื่นๆ ได้แก่.....
-
-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองสิทธิผู้ประกันตนกรณีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด.....

วันที่

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

เนื่องจาก นาย, นาง, นางสาว.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่อายุ.....ปี
ได้ยื่นคำร้องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เมื่อวันที่.....
โดยแนบใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่านาย, นาง, นางสาว.....
เป็นผู้ประกันตนจริง โดยเป็นลูกจ้างของบริษัท/ห้างร้าน.....เข้าทำงาน
ตั้งแต่วันที่อายุงาน.....ปี.....เดือน อัตราเงินเดือน.....บาท
ปัจจุบันเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา ☐ มาตรา 33 ☐ มาตรา 39 ☐ มาตรา 39

จึงเรียนเพื่อโปรดทราบ

.....

(.....)

ตำแหน่ง ประกันสังคม.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบแจ้งเปลี่ยนสิทธิผู้ประกันตนคืนต้นสังกัดเดิมหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตครบ ๑๒ เดือน

โรงพยาบาล.....

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

ตามที่ประกันตนชื่อ.....นามสกุล.....ได้รับการรักษาโดย
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตั้งแต่วันที่.....จนถึงสิ้นสุดขบวนการปลูกถ่าย
เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตลอดจนการให้บริการทางการแพทย์ เมื่อมีโรคแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล
จากวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ครบตามบันทึกข้อตกลง ๑๒ เดือน หลังการปลูกถ่าย
จึงขอให้สำนักงานประกันสังคม เปลี่ยนสถานพยาบาลคืนต้นสังกัดเดิมให้แก่ผู้ประกันตนต่อไป

.....
()

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....



แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษายาบาล

สปส. 9-02

เลขที่รับ.....
วันที่..... เวลา.....
ลงชื่อ..... ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)
ไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาล
สำรอง คือ
- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)
- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. การรับบัตร

- ☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ
☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

เหตุผล ☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี (สำหรับเจ้าหน้าที่)
☐ ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก
☐ ย้ายที่อยู่ ☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
☐ อื่นๆ (ระบุ)

เอกสารที่แนบ ☐ บัตรฉบับเดิม ☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่
☐ อื่นๆ (ระบุ)

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

- ☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล
ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม
- ☐ บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย
- ☐ อื่นๆ (ระบุ)
- เอกสารที่แนบ ☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน ผู้รับบัตร
(.....)
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ
☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)