

ที่ สปสช. 9.42/ว7

2 มกราคม 2568

เรื่อง รายชื่อผู้แทนของหน่วยบริการเพื่อแต่งตั้งเป็นกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ
สาธารณสุขกรณีผู้ป่วยนอก ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร/ผู้ประกอบกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่น
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

อ้างอิง คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 431/2567 ลว. 30 สิงหาคม 2567

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มหนังสือแจ้งรายชื่อผู้แทนเข้าร่วมเป็นกรรมการฯ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่อ้างอิง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ได้แต่งตั้งกรรมการตรวจสอบ
ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอกในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13
กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้แทนของหน่วยบริการหรือหน่วยงานของรัฐ แล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) จะดำเนินการปรับปรุงข้อมูลกรรมการฯ
ดังกล่าวให้เป็นปัจจุบัน จึงขอให้ท่านแจ้งรายชื่อผู้แทนจากหน่วยบริการของท่านจำนวน 2 ท่าน ตามแบบฟอร์ม
หนังสือแจ้งรายชื่อผู้แทนรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13
Email : saraban13@nhso.go.th และบันทึกรายชื่อผู้แทนเข้าร่วมเป็นกรรมการผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ (Google
Form) ที่สำนักงานกำหนดโดยสแกน QR Code ท้ายหนังสือนี้ ภายในวันที่ 23 มกราคม 2568 เพื่อสำนักงาน
ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนิน จะขอบคุณยิ่ง

หมายเลขโทรสาร 256252356655006656666622356
เลขที่บันทึก: 2024-12-27 16:48
เลขหมายโทร: 021-21421000
เลขหมายโทรสาร: 021-21438772

ขอแสดงความนับถือ

๐๕๒

(นางสาวลลิตร์รัตน์ ไชยฟู)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่

ช่วยปฏิบัติงานในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ผู้ประสานงาน น.ส.ฐาปณี สีเขียว 063-0796514

น.ส.กัญฐิกา เมืองคำ 063-0798370

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 1 - 69



ที่.....

กรุณาประทับตราหน่วยงาน
หรือหน่วยบริการ

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

วันที่.....

เรื่อง รายชื่อผู้แทนเข้าร่วมเป็นกรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก ในพื้นที่สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งผู้แทนของหน่วยบริการเข้าร่วมเป็น
กรรมการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13
กรุงเทพมหานคร นั้น

ในการนี้ (ชื่อหน่วยงาน)

(รหัสหน่วยงาน)ขอแจ้งรายชื่อผู้แทนเพื่อเข้าร่วมเป็นกรรมการดังกล่าว

จำนวน 2 ท่าน ดังนี้

1. ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์เคลื่อนที่: E-mail Address(ส่วนตัว) :

2. ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :

เลขประจำตัว 13 หลัก :

โทรศัพท์เคลื่อนที่: E-mail Address(ส่วนตัว) :

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้บังคับบัญชา/ผู้มีอำนาจ/ผู้ประกอบกิจการ)

ชื่อหน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

ผู้ประสานงาน.....



โปรดบันทึกรายชื่อผู้แทนเข้าร่วมเป็นกรรมการผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ (Google Form) โดยสแกน QR Code ท้ายหนังสือ

และ

กรุณาส่งเอกสารไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทาง Email : saraban13@nhso.go.th