



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
 เลขรับที่.....
 วันที่..... ๒๔ มี.ค. ๒๕๖๓
 เวลา.....

ที่ สท ๐๐๓๐/ว ๑๗/๔

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย
 ๓๑๗ ม. ๑๔ ต.บ้านกล้วย
 อ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย ๖๔๐๐๐

๑๗ มกราคม ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
 งานการเจ้าหน้าที่
 เลขรับที่.....
 วันที่..... ๒๔ มี.ค. ๒๕๖๓
 เวลา.....

เรื่อง การตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน นายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายการตรวจสุขภาพ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงหากพบความผิดปกติจะได้รับการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและสามารถใช้สิทธิได้ปีละ ๑ ครั้ง ทั้งนี้ มีสถานพยาบาลในจังหวัดสุโขทัยที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพกับสำนักงานประกันสังคม จำนวน ๗ แห่ง ดังนี้

๑. โรงพยาบาลสุโขทัย
๒. โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย
๓. โรงพยาบาลคีรีมาศ
๔. โรงพยาบาลกงไกรลาศ
๕. โรงพยาบาลสวรรคโลก
๖. โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
๗. โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย จึงขอความกรุณาท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนในสถานประกอบการของท่านทราบด้วย หากประสงค์เข้ารับบริการตรวจสุขภาพโปรดยื่นบัตรประชาชน ณ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถตรวจสอบข้อมูลรายชื่อสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพได้ที่ www.sso.go.th หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์หมายเลข ๑๕๐๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดทราบ
 - เห็นควรพิจารณาสั่งการ
 - เห็นควรพิจารณาอนุมัติ
 - เห็นควรประชาสัมพันธ์
 - เพื่อโปรดลงนามใน.....
 - อื่นๆ.....

ขอแสดงความนับถือ

(นางทิพย์สุดา บาลี)
 ประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย

(นางสาวปราวสน คุรุทโปรง)
 เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

- ปงร -

(นายปองพล วรปานิ)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์ฯ ชัยมงคล)
 โทรศัพท์ ๐ ๕๕๖๒ ๐๔๒๗๕ ต่อ ๓๑๐-๓๑๓
 โทรสาร ๐ ๕๕๖๑ ๓๑๙๖

(นางกนกวรรณ กลิ่นสุข)
 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

หลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒
ตารางการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับประชาชน อายุ ๑๕-๘๐ ปีขึ้นไป สำหรับผู้ประกันตน

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
การตรวจร่างกายตามระบบ			
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	สถานพยาบาลต้อง จัดให้บริการ ทุกรายการโดย ไม่คิดค่าใช้จ่าย
๒. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากร สาธารณสุข	๓๐-๓๙ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	
	๔๐-๕๔ ปี	ตรวจทุกปี	
	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	
๓. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	๔๐-๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	
	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑-๒ ปี	
๔. การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Chart	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
๑. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๑๘-๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	๘๐
	๕๕-๗๐ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๘๐
๒. ปัสสาวะ UA	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
การตรวจสารเคมีในเลือด			
๑. น้ำตาลในเลือด FBS	๓๕-๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๔๐
	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๔๐
๒. การทำงานของไต Cr	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๔๕
๓. ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	๒๐ ปี ขึ้นไป	ตรวจทุก ๕ ปี	๒๐๐
การตรวจอื่น ๆ			
๑. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg	สำหรับผู้ เกิดก่อน พ.ศ.๒๕๓๕	ตรวจ ๑ ครั้ง	๑๓๐
๒. มะเร็งปากมดลูก Pap Smear หรือ	๓๐-๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	๕๐
๓. มะเร็งปากมดลูก VIA	๓๐-๕๔ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี	๕๐
	๕๕ ปี ขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap Smear	๕๐
๔. เลือดในอุจจาระ FOBT	๕๐ ปี ขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๓๐
๕. Chest X-ray	๑๕ ปี ขึ้นไป	๑ ครั้ง	๒๐๐