



มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
รับที่..... 5002
วันที่..... 24 ธ.ค. 2564
เวลา.....

ที่ สข ๐๐๓๐/ว ๑๑๕๐๑

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา
๔๓๐/๗๘ หมู่ที่ ๒ ตำบลพะวง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๑๐๐

๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

เรียน นายจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) | จำนวน ๑ แผ่น |
| ๒. คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมในจังหวัดสงขลา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แผ่นประชาสัมพันธ์งานประกันสังคม | จำนวน ๑ ชุด |

ตามที่สำนักงานประกันสังคม ได้กำหนดให้ผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือผ่าน www.sso.go.th หรือผ่าน Application SSO Connect โดยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล สำนักงานจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง นั้น

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา ขอส่งแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.๙-๐๒) คำชี้แจงการเปลี่ยนสถานพยาบาล รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม และแผ่นประชาสัมพันธ์งานประกันสังคม มาเพื่อขอความร่วมมือให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนทราบ และเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเปลี่ยนสถานพยาบาลต่อไป

อนึ่ง สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสุดสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก ๖ เดือนนับแต่วันที่สิ้นสุดสภาพ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

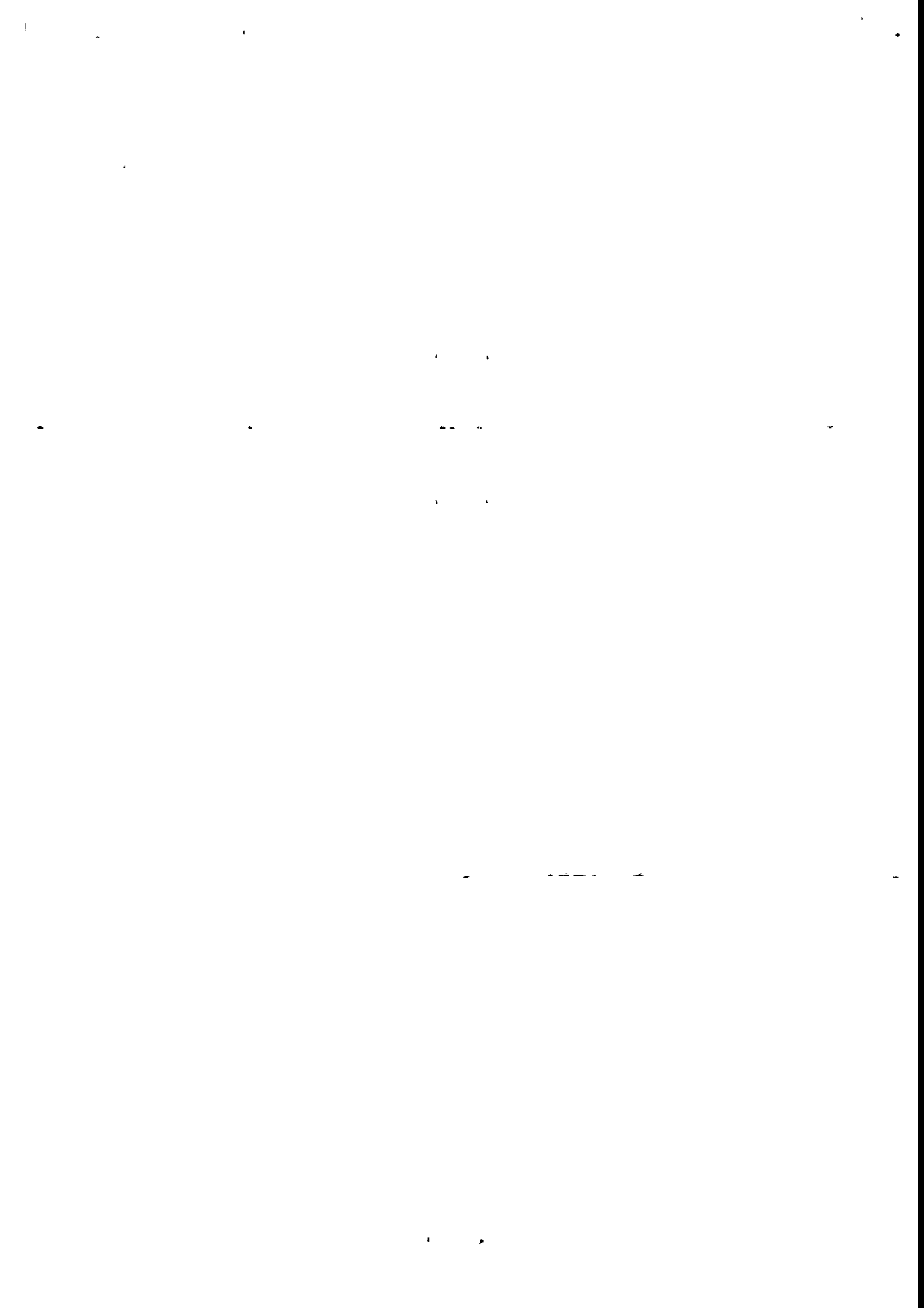
ขอแสดงความนับถือ

(นายสมเกียรติ สิริชูทรัพย์)
ประกันสังคมจังหวัดสงขลา

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทรศัพท์ ๐-๗๕๓๐-๐๕๕๐-๔ ต่อ ๒๑๑-๒๑๔

โทรสาร ๐-๗๕๓๓-๓๔๘๓





แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

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

<p>1. รายละเอียดผู้ประกันตน</p> <p>1.1 ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง ชื่อสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน <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"/> เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.</p> <p>(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)</p> <p>1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ</p> <p>เลขที่บัญชี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ลำดับที่สาขา <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.</p>	
<p>2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล</p> <p>ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p>หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ</p> <p>- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p>- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p>	<p>3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร</p> <p>ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ</p> <p>3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ</p> <p>เหตุผล <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> ย้ายที่อยู่ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานที่ทำงาน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)</p> <p>เอกสารที่แนบ <input type="checkbox"/> บัตรฉบับเดิม <input type="checkbox"/> หลักฐานการย้ายที่อยู่</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)</p> <p>3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล</p> <p>ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)</p> <p>เอกสารที่แนบ <input type="checkbox"/> บัตรรับรองสิทธิ ฉบับเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล</p>
<p>4. การรับบัตร</p> <p><input type="checkbox"/> ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ</p> <p><input type="checkbox"/> ขอรับบัตรด้วยตนเอง</p>	
<p>ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ ผู้ประกันตน</p> <p>(.....)</p> <p>ลงวันที่ เดือน พ.ศ.</p> <p>ลงชื่อ ผู้รับบัตร</p> <p>(.....)</p> <p>ลงวันที่ เดือน พ.ศ.</p>	
<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิ ระบุเหตุผล</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ เจ้าหน้าที่</p> <p>(.....)</p> <p>ลงวันที่ เดือน พ.ศ.</p>	



คำชี้แจง การเปลี่ยนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้มีการปรับปรุงการกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงขอเรียนชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบ ดังนี้

1. เมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ผู้ประกันตนคนไทยต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าวต้องแสดงบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย หรือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่ออกโดยส่วนราชการ หรือแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport)

2. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุความเป็นผู้ประกันตน

3. การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 เปลี่ยนประจำปี ให้ดำเนินการได้ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม จนถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป

3.2 เปลี่ยนระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือที่สุดันทราบว่าคุณประกันตนได้มีการเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเอง ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน

3.3 ผู้ประกันตนสามารถทำการเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ 3 ช่องทาง ดังนี้

1) ยื่นแบบการเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. 9-02)

ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ

2) ทำรายการผ่าน www.sso.go.th

3) ทำรายการผ่าน Applications SSO Connect

** ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมาตรา 33 ซึ่งทำงานกับนายจ้าง สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งผลฯ การเลือกสถานพยาบาลผ่านนายจ้าง และผู้ประกันตนมาตรา 39 จะแจ้งเป็นหนังสือ หรือ SMS

4. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ให้สอบถามจากนายจ้าง / เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th หรือ สายด่วน 1506 โดยสถานพยาบาลที่ท่านขอเปลี่ยนจะต้องเป็นสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่ท่านประจำทำงานหรือพักอาศัยในปัจจุบัน หรือจังหวัดรอยต่อของจังหวัดดังกล่าวและมีจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

5. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 / สำนักงานประกันสังคม / สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ทุกแห่งทั่วประเทศ เครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย และ Add เพื่อน line @ssothai

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาล สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิเดิมได้จนสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ

หากผู้ประกันตนมีข้อสงสัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่สายด่วน 1506 หรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาทุกแห่ง ตามวันเวลาราชการ

.....

1 2

3 4

5 6



สำนักงานประกันสังคม

ออกประกาศกรรมการแพทย์ฯ
ให้สิทธิผู้ประกันตน อายุ 50 ปีขึ้นไป
รับวัคซีน ป้องกันโรคไขหวัดใหญ่

ปีละครั้ง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อป้องกันโรคในกลุ่มผู้ประกันตนสูงอายุ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 ปีขึ้นไป และลดภาระการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยคณะกรรมการ ประกันสังคม มีมติเห็นชอบประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน พ.ศ.2563

ผู้ประกันตนที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป

สามารถรับบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่

ชนิด 3 สายพันธุ์ หรือ 4 สายพันธุ์

ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

FREE

1 ครั้ง ต่อคนต่อปี

#ไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

- วัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิด 3 สายพันธุ์ ในอัตรา 250 บาท/คน/ปี
- วัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิด 4 สายพันธุ์ ในอัตรา 450 บาท/คน/ปี

เริ่มให้บริการ

15 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2563 และ
1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม ของทุกปี



สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา



สายด่วน
1506

หลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตารางการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับประชาชน อายุ ๑๕ - ๘๐ ปีขึ้นไป
สำหรับผู้ประกันตนตามแนบท้ายประกาศ

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
การตรวจร่างกายตามระบบ			
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง / ปี	รวมในเหมาจ่ายที่ สำนักงานจ่ายให้กับ สถานพยาบาล
๒. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากร สาธารณสุข	๓๐ - ๓๙ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	
	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุกปี	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	
๓. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ - ๒ ปี	
๔. การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Chart	๕๕ ปีขึ้นไป	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 ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง / ปี	๘๐
การตรวจสารเคมีในเลือด			
๑. น้ำตาลในเลือด FBS	๓๕ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๔๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง / ปี	๔๐
๒. การทำงานของไต Cr	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง / ปี	๕๕
๓. ไขมันในเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	๒๐ ปีขึ้นไป	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 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	๕๐
๓. มะเร็งปากมดลูก Via	๓๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap smear	๕๐
๔. เลือดในอุจจาระ FOBT	๕๐ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง / ปี	๓๐
๕. Chest X-ray	๑๕ ปีขึ้นไป	๑ ครั้ง	๒๐๐



ตรวจสอบข้อมูลของผู้ประกันตน

ตรวจสอบยอดเงินรายการ



ตรวจสอบสถานพยาบาล



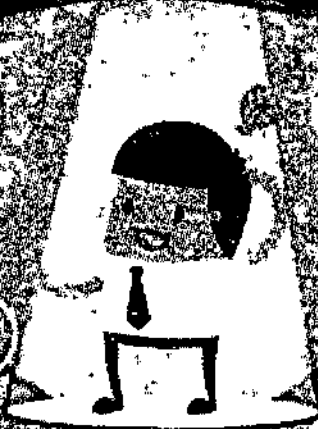
เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำตัว



ตรวจสอบยอดเงินเกินกรรม



ตรวจสอบการส่งเงินสมทบ



วิธีดาวน์โหลด



ดาวน์โหลด SSO Connect Mobile ผ่านทาง Google play



หรือ แลกรหัส OR Code เพื่อดาวน์โหลด



ลงทะเบียนใช้งาน

1



ลงทะเบียน/กรอกข้อมูลผ่าน App



หรือใช้เว็บไซต์ sso.go.th

2

รับ SMS เพื่อยืนยันตัวตนผ่าน OTP



เข้าใช้งานเพื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ประกันตน

3





สถานพยาบาลเครือข่ายประกันสังคม ประจำปี 2565

จ.สงขลา

รพ.สงขลา (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 7433 8100 ต่อ 1995

ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตหลวง	ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์รวมใจ	ศูนย์สุขภาพชุมชนเขารูปช้างสาขา 1 (เคหะชุมชนสงขลา)
ศูนย์บริการสาธารณสุขสระเกษ	ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุข	ศูนย์สุขภาพชุมชนเขารูปช้างสาขา 2 (เจาแก้ว)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี	รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

รพ.หาดใหญ่ (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. 0 7427 3100 ต่อ 2214 , 2216

คลองเรียนคลินิกเวชกรรม	คลินิกกระดูกและข้อหมอศศิพงษ์ - รีดการเอ็กเซอร์เซย์	คลินิกตาหมอวิชัย	คลินิกราษฎร์อุทิศการแพทย์
คลินิกเวชกรรมนฤมลการแพทย์	คลินิกเวชกรรมเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์แพทย์กิตติพล	คลินิกเวชกรรมนายแพทย์อัฐพล (หาดใหญ่)	
คลินิกแพทย์เจริญ	คลินิกแพทย์ไพบุลย์	คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา หมอประวิทย์	
คลินิกแพทย์นล	คลินิกแพทย์กำพล	คลินิกแพทย์หญิงพัทตร์ประภาสสูตินรีเวชและโรคทั่วไป	
คลินิกเวชกรรม หมออำนาจ มีสีหธรรม	คลินิกหมอโฆษิตสุดี - นรีเวช	คลินิกสูตินรีเวชแพทย์หญิงสุนิษฐา	คลินิกแพทย์สุรสิทธิ์
คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์แพทย์หญิงวังนารัตน์ (หม่อทราย)	คตพงษ์คลินิกโรคกระดูกและข้อ	คตพงษ์เวชคลินิก	ชีววัฒนาศึกษาคลินิกเวชกรรม
ทุ่งเสาคลินิกเวชกรรม	ศตพงษ์คลินิกโรคกระดูกและข้อ	สะเคาสทคลินิก	หมอจิตติคลินิกเวชกรรม
รพ.กองบิน 56	รพ.ค่ายเสนาณรงค์	รพ.มิตรภาพสามัคคี(มูลนิธิห่งเจียเซียงตั้ง)	
ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (หน้าสถานีตำรวจภูธร อ.หาดใหญ่)		ศูนย์บริการสาธารณสุขคลองเตย	
ศูนย์บริการสาธารณสุขแฟลตการเคหะแห่งชาติ		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลกำแพงเพชร	
ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน)		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคลองแห	
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอหงส์		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านพรุ	
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองป่าดงเบขาร์		ศูนย์บริการสาธารณสุขฟอพรหมทองสองยอด	
ศูนย์บริการสาธารณสุขวัดคูทิต		ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 1	
ศูนย์บริการสาธารณสุขบุญวราธรโณ	ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลตะลุง	ศูนย์บริการสาธารณสุขสนามกีฬาจระนนคร	ศูนย์บริการสาธารณสุขสามชัย
ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 2 (โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัยสมบูรณกุลภักธยา)		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลปริง	
ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 3 (วัดคอหงส์)		ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลควนลัง	ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 ตำบลท่าข้าม
ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 5		ศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ ท.ส.	
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัด		รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด	

รพ.ศิครินทร์ หาดใหญ่ (เอกชน) โทร. 0 7431 0310

คลินิกแพทย์กัมปนาท	คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมอายุรศาสตร์แพทย์บุรินทร์	คลินิกหมอเพิ่มพูนเวชกรรม
คลินิกเวชกรรมนายแพทย์ธานีป	คลินิกแพทย์วัชรพงศ์	คลินิกสมนึกการแพทย์
นาหม่อมเวชคลินิก	ศิครินทร์หาดใหญ่สทคลินิก	ศิครินทร์หาดใหญ่คลินิกเวชกรรม
		รวมแพทย์คลินิกเวชกรรม

9000R
1090004401 000000
MINTAGUAY
160 N. 4 N. 1777
MINTAGUAY
MINTAGUAY
00006

00000
MINTAGUAY
MINTAGUAY
MINTAGUAY

MINTAGUAY
MINTAGUAY
MINTAGUAY

