

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



เป้าหมาย



ยื่นให้เร็ว



7 วัน



พิจารณาให้เร็ว

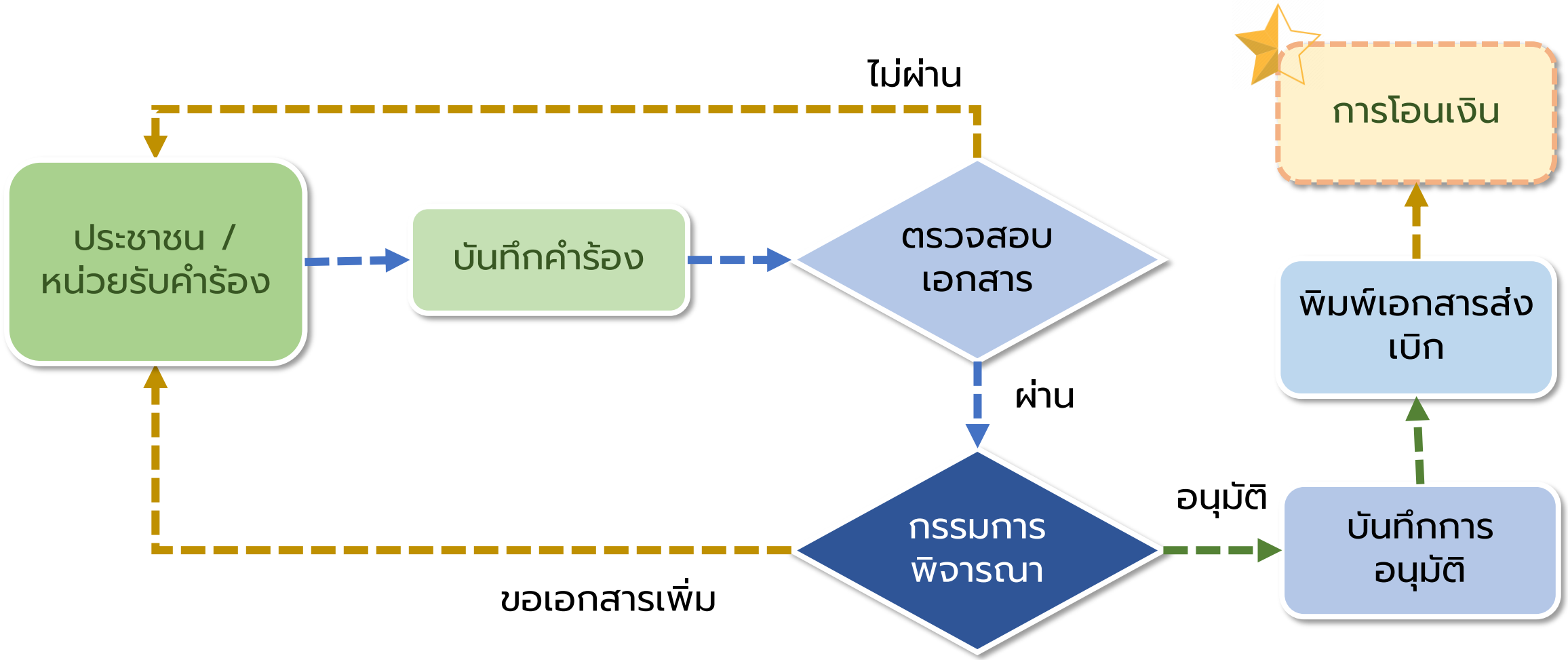


5 วัน



จ่ายเร็ว

Workflow Concept





Now

<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy/>

The screenshot shows the homepage of the COVID-19 subsidy application system. The header includes the สปสช. logo and a 'Home' link. The main content area features the title 'ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19' and the name of the National Health Security Office. A large blue COVID-19 virus icon is centered, with the text 'COVID19' below it. Three buttons are visible: 'ยื่นคำร้อง' (Apply), 'ตรวจสอบสถานะ' (Check status), and 'Login'.

สปสช. Home Login

Home / main

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

COVID19

ยื่นคำร้อง

ตรวจสอบสถานะ

Login

ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี



✉ ยื่นคำร้อง

🔍 ตรวจสอบสถานะ

Login

สำหรับหน่วยรับคำร้อง

สำหรับติดตามสถานะคำร้อง

สำหรับกรรมการพิจารณา



ระดับผู้ใช้งาน

หน่วยบริการ
สสจ.
สปสช.เขตที่รับผิดชอบงาน

กรรมการพิจารณา

สปสช.ทุกระดับ

สปสช.เขต ออกให้

ออกให้ในโปรแกรม
รับคำร้อง

Single Sign on


สสจ./หน่วยบริการ

- บันทึกคำร้อง
- ตรวจสอบ สถานะ
สปสช.
- ตรวจสอบเอกสาร
- บันทึกการอนุมัติ
- บันทึกการส่งเบิก

พิจารณาความเห็น

Dashboard

บันทึกรายละเอียดผู้รับผิดชอบ สปสช.เขต


Home

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา
- การส่งเบิก
- ☆ จัดการข้อมูล
- ข้อมูล สปสช.
- ข้อมูลกรรมการ

Home / ข้อมูล สปสช.เขต

ข้อมูลสำนักงาน

ชื่อสำนักงาน	ชื่อย่อ	เลขที่หนังสือ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์	เขต 8 อุตรดิตถ์	สปสช. 538/

ที่อยู่สำนักงาน

21/68 อาคาร บริษัทโทรคมนาคมแห่งชาติ ต.วัฒนาพงษ์ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 41000 โทรศัพท์ 042-325681,โทรสาร 042 -325674

ผู้บริหารลงนาม	ตำแหน่ง	
กนต์แพทย์กวี วีระเศรษฐกุล	ผู้อำนวยการ	

ผู้ประสานงาน 1	เบอร์โทร	E-mail
นางสาวสินุศ สันติรักษ์พงษ์	0 492	s@hso.go.th

ผู้ประสานงาน 2	เบอร์โทร	E-mail
นางสาววรรณภา สระทองหน	. 21	wr@hso.go.th





ผู้ประสานงาน 3	เบอร์โทร	E-mail
นายอาคม นามบุรี	0๙ 83	ak@jo.th

เพื่อใช้ในการ
ติดต่อสื่อสาร และ
ในหนังสือส่งเบิก

บันทึก
กลับ

บันทึกข้อมูลกรรมการพิจารณา

☰ รายชื่อกรรมการพิจารณา + เพิ่มข้อมูล

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	E-mail	เบอร์โทรศัพท์
	ผู้อำนวยการ	สปสช.เขต 8 อุตรดิตถ์		 
	ผู้อำนวยการสำนัก	สำนักการเงินและบัญชีกองทุน		 
	อนุกรรมการ			
	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ			
	หัวหน้างาน			
	อนุกรรมการ			
	อนุกรรมการ			
	อนุกรรมการ			

📄 รายละเอียดกรรมการ

เลขประจำชน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
<input type="text"/>	นายแพ <input type="text"/>	อนุกรรมการ
E-mail	โทรศัพท์	หน่วยงาน
<input type="text"/> @mail.com	<input type="text"/>	<input type="text"/>
หมายเหตุ	สถานะ	รหัสผู้ใช้
<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> Active <input type="radio"/> Inactive	docdhee
		รหัสผ่าน <input type="text"/> ตั้งรหัสผ่านใหม่

บันทึก

ระบบยื่นคำร้อง

คำแนะนำการยื่นคำร้อง

- ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้รับบริการ หรือ ทายาท ผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้การช่วยเหลือถือกุญแจหรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ
- สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
- ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง **ภายใน 2 ปี** นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย
- หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
- เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง
 - แบบฟอร์มการยื่นคำร้อง กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
 - สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
 - สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card
 - ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
 - หลักฐานแสดงการฉีดวัคซีน (ใบนัด หรือ หน้าจอแอป)
 - เอกสารรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI
 - ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่
นางสาวสินีนุศ สันติรักษ์พงษ์ 081-965540
นางสาววรรณภา สระทองหน 090-197-5221
นายอาคม นามบุรี 089-9696483

ถ้าหน่วยบริการ Login จะขึ้นตามข้อมูลเขตที่รับผิดชอบ

ส่งคำร้องออนไลน์

บันทึกคำร้อง ใบคำร้อง

ระบบยื่นคำร้อง



ส่วนข้อมูลทั่วไป

✍️ แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19 ◀️ กลับ

หน่วยรับคำร้อง รหัสหน่วย วันรับคำร้อง

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

เลขที่บัตรประชาชน * ชื่อ - สกุล *

อายุ เพศ

สิทธิการรักษา อาชีพ

บุคลากรทางการแพทย์ * รายได้ (บาท/เดือน)

โทรศัพท์ *

ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก *

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายยื่นเอง ญาติยื่นแทน

ระบบยื่นคำร้อง



ส่วนข้อมูลความเสียหาย

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายตัวเอง ญาติยื่นแทน

ชื่อ - สกุล

เลขที่บัตรประชาชน

ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

โทรศัพท์ *

3. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

สถานที่ฉีดวัคซีน *

จังหวัด *

วันที่ได้รับวัคซีน *

เข็มที่แพ้

ชนิดวัคซีน

Lot no.

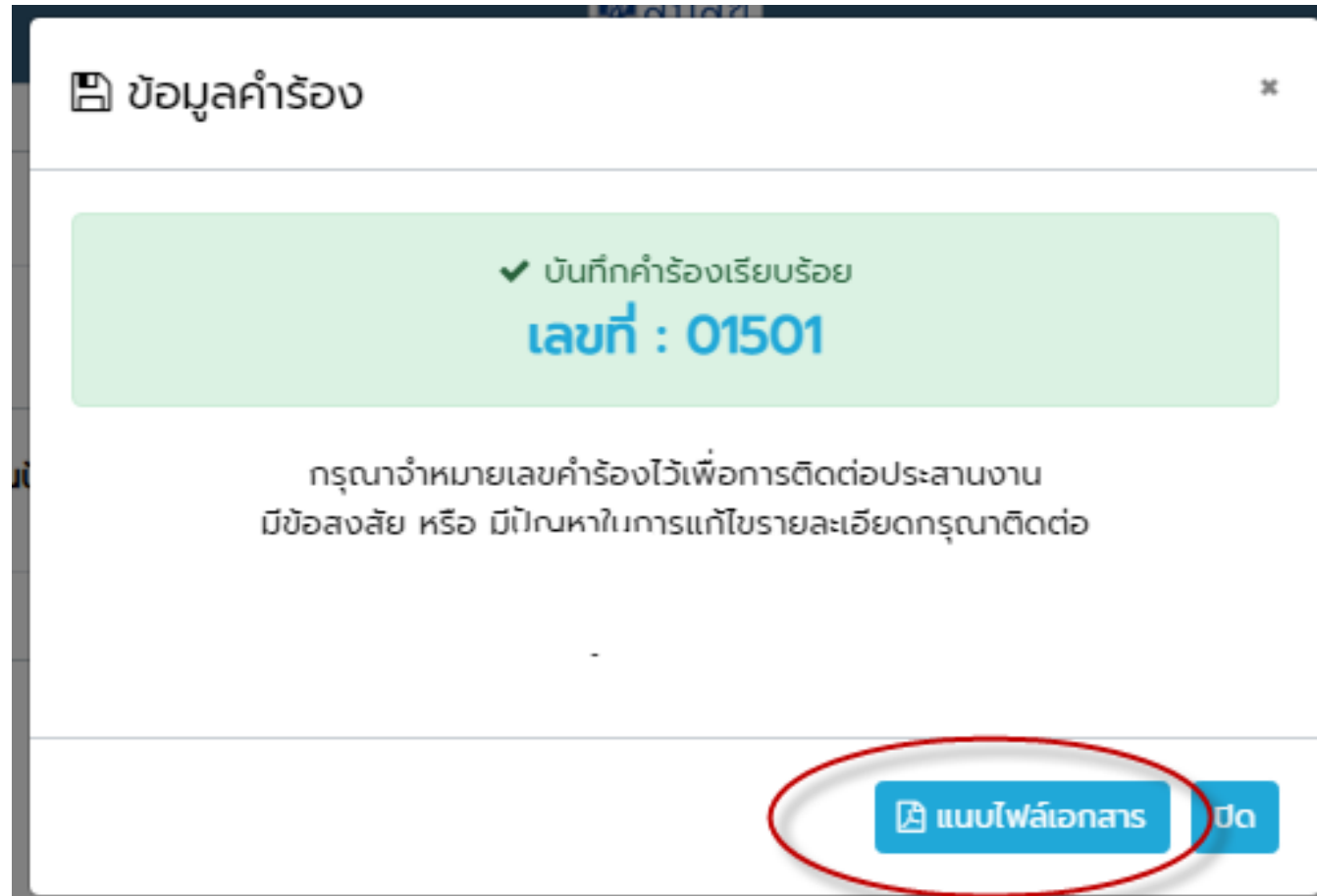
วันที่ทราบความเสียหายที่เกิดขึ้น *

อาการ ณ วันที่ยื่น

ประเภทผู้ป่วย

จำนวนวัน

ความเสียหายจากการรับวัคซีน *



การแนบเอกสารประกอบ



แนะนำเป็นไฟล์ PDF
ขนาดที่เหมาะสม 10 MB

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

4.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

Choose File No file chosen

- ใบคำร้อง
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

ผู้รับผลประโยชน์

ผู้เสียหาย ผู้ยื่นแทน

ชื่อธนาคาร

เลขที่บัญชี (ออมทรัพย์เท่านั้น)***

ระบุ

ชื่อบัญชี

4.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

- หลักฐานแสดงการฉีดวัคซีน (ใบนัด หรือ หน้าจอแอปหมอพร้อม หรืออื่นๆ ที่แสดงวัน เวลา และสถานที่ฉีด)
- สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
- เอกสารรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน (AEFI 1 หรือ AEFI 2)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)

Choose File No file chosen

Choose File No file chosen

Choose File No file chosen

การตรวจสอบเอกสาร

Home

Dashboard

ยื่นคำร้อง

☆ การตรวจสอบเอกสาร

การพิจารณา

การส่งเบิก

จัดการข้อมูล

Home / รายการคำร้อง

☰ การตรวจสอบเอกสารคำร้อง







ทั้งหมด

รอตรวจสอบ

ขอเอกสารเพิ่ม

ผ่านแล้ว

Excel

ตรวจเอกสาร	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ์	โทรศัพท์	สถานะ	แก้ไข/ลบ
00700	01/07/2564	...	รพ.สุพรรณคูหา	CS	57521	🟡 กำลังตรวจสอบ	 
00699	01/07/2564	-	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	CS	082	🟡 กำลังตรวจสอบ	 

คลิกเพื่อตรวจสอบ
เอกสาร

การตรวจสอบเอกสาร

4.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

เอกสารแนบ: [📄 เปิดเอกสาร](#) [📄 Download](#)

- ใบคำร้อง
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

ชื่อธนาคาร: กรุงเทพ เลขที่บัญชี: 0790014327 ชื่อบัญชี: น.ส.คมจิต อุตรธียางค์

4.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

เอกสารแนบ: [📄 เปิดเอกสาร](#) [📄 Download](#)

- หลักฐานแสดงการฉีดวัคซีน (ใบนัด หรือ หน้าจอแอปหมอพร้อม หรืออื่นๆ ที่แสดงวัน เวลา และสถานที่ฉีด)
- สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
- เอกสารรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน (AEFI 1 หรือ AEFI 2)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)

ผู้บันทึกข้อมูล: นางภรณ์ โทศลวัลดี

เบอร์ติดต่อ: 0834195757

รายละเอียดการติดตามตรวจสอบ

🗉 รายละเอียดการติดตามตรวจสอบ

วันที่	ผู้พิจารณา	รายละเอียด	การตรวจสอบ
28/06/2564 22:17	วรรณภา สระทองหน	ขาดประวัติการรักษา IPD, Summary ผลการตรวจอื่นๆ	🚫 ขอเอกสารเพิ่ม
29/06/2564 16:40	วรรณภา สระทองหน	ยังไม่ได้โทรสอบถามอาการ (สว.จะส่งผลอ่าน MRI ทางไลน์) ,	✅ เอกสารผ่าน



กรรมการ พิจารณาคำร้อง

Home / การพิจารณาคำร้อง

การพิจารณาคำร้อง (แสดงเฉพาะข้อมูลที่เอกสารครบถ้วน)

พิจารณา	เลขที่ คำร้อง	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ	โทรศัพท์	การ พิจารณา	การ อนุมัติ	ผลการ อนุมัติ	พิมพ์ รายงาน
	01301	24/06/2564		สง.เลย	ข้าราชการ	0981533362	0		✓ (3.1 = 3,000)	
	01281	24/06/2564		รพท.วานรนิวาส	ข้าราชการ	0612286232	0		✓ (12 = 250,000)	
	01261	22/06/2564		รพ.ประจักษ์ศิลปาคม	ข้าราชการ	085-474-721-3	0		✓ (3.3 = 50,000)	
	01244	17/06/2564		สง.บึงกาฬ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0858875490	0		✓ (2.1 = 100,000)	
	012564			รพ.สว่างแดนดิน	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0936516541,0817996965	0		✓ (1.1 = 400,000)	

คลิกเพื่อลงความเห็น

สปสช. Logout

ผู้บันทึกข้อมูล: เบอร์ติดต่อ:

รายการพิจารณา

ผู้พิจารณา	รายละเอียด	ผลการพิจารณา	จำนวนเงิน
24/05/2564 15:17		✓ ผ่านการพิจารณา	45,345

ผลการพิจารณา

รายละเอียดการพิจารณา

ผลการพิจารณา ผ่านการพิจารณา ขอลเอกสารเพิ่ม อื่นๆ

จำนวนเงินที่อนุมัติ

การตรวจสอบสถานะคำร้อง

ติดตามสถานะการดำเนินงาน

หมายเลขคำร้อง

ค้นหา

ส่งเบิกแล้ว

ปิด

ยื่นคำร้อง

ตรวจสอบสถานะ

Login

ติดตามสถานะการดำเนินงาน

หมายเลขคำร้อง

ค้นหา

อยู่ระหว่างการตรวจสอบเอกสาร

ปิด

กรณี สสจ./หน่วยบริการ Login

- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- ☆ การพิจารณา
- Logout

Home / การพิจารณาคำร้อง

☰ การพิจารณาคำร้อง (แสดงเฉพาะข้อมูลที่เอกสารครบถ้วน) 🔍

🕒 รอพิจารณา
✅ รอลงเบิก
🕒 ไม่อนุมัติ
💰 ส่งเบิกแล้ว
📄 ทั้งหมด
📄 Download ข้อมูลทั้งหมด

เลขที่คำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ	อายุ	ประเภทผู้ป่วย	ชนิดวัคซีน	เข็มที่แพ้	การพิจารณา	วันที่โอนเงิน
01543			SS					✅ อนุมัติ (10,000)	05/07/2564
01581			CS					✅ อนุมัติ (15,000)	12/07/2564
01763			UC					✅ อนุมัติ (4,000)	12/07/2564
01829			SS	41	IP	ASTRAZENECA	1	✅ อนุมัติ (3,000)	19/07/2564
02009			UC	45	IP	SINOVAC	1	✅ อนุมัติ (3,000)	19/07/2564
02022			UC	51	IP	SINOVAC	2	✅ อนุมัติ (100,000)	19/07/2564
02120			CS	65	OP	ASTRAZENECA	1	❌ ไม่อนุมัติ	
02124			CS	54	IP	ASTRAZENECA	1	✅ อนุมัติ (2,000)	19/07/2564
02170			CS	67	IP	ASTRAZENECA	1	✅ อนุมัติ (50,000)	02/08/2564
02208			UC	71	OP	ASTRAZENECA	1	❌ ไม่อนุมัติ	
02214			UC	64	IP	ASTRAZENECA	1	❌ ไม่อนุมัติ	
02285			UC	53	OP	SINOVAC	1	❌ ไม่อนุมัติ	

Dashboard

- Home
- Dashboard**
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- การพิจารณา
- การส่งเบิก
- จัดการข้อมูล

ณ 05 กรกฎาคม 2564 เวลา 13:29

👤 คำร้องทั้งหมด

667

✅ เข้าเกณฑ์

548

82.16%

❌ ไม่เข้าเกณฑ์

79

11.84%

🕒 รอการพิจารณา

35

6.00%

💰 จำนวนเงินชดเชย

12,594,305

ชาย

125

18.74%

หญิง

515

77.21%

แพะเข็ม 1

500

74.96%

อายุเฉลี่ย

39.68

📅 จำนวนวันโอนเงินจากวันพิจารณา

min 1, max 13, mode 4

