



แนวปฏิบัติในการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

๑. ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด ภายในระยะเวลา ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่
ทราบความเสียหาย ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/ สาขา (เอกสารแนบ ๑)

๒. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/ สาขา ดำเนินการดังนี้

๒.๑ ดำเนินการตรวจสอบเบื้องต้นว่าผู้ประกันตนเข้าเงื่อนไขการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ ดังนี้

- ผู้เสียหายต้องเป็นผู้ยื่นเรื่อง หรือ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรที่ได้รับการมอบอำนาจ
ตามแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจที่กำหนด ทั้งนี้ ผู้เสียหายต้องเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ หรือมาตรา ๓๔
และส่งเงินสมทบครบสิทธิกรณีเจ็บป่วยตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จ่ายมาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ เดือน
ภายในระยะเวลา ๑๕ เดือนก่อนเดือนที่ได้รับสิทธิ

- ระยะเวลาการยื่นเรื่องภายใน ๒ ปี นับตั้งแต่ทราบความเสียหาย

- สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหาย ได้แก่ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคม
กำหนดสิทธิ หรือสถานพยาบาลที่รับส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดสิทธิในการรับ
บริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลที่ได้รับผู้ประกันตนไว้รักษาในกรณีฉุกเฉินหรือสถานพยาบาลอื่นใด
ที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับการกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

- ความเสียหายที่เป็นประเด็นยื่นเรื่องขอรับเรื่องช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้

(๑) กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต
และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน
๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

(๓) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

กรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (๑) (๒) หรือ (๓) ได้
ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้
ตามความเหมาะสม

- เป็นความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการ หรือเหตุสุดวิสัยมิใช่ความเสียหายที่เกิดจากการ
ดำเนินการทางการแพทย์ตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น
อยู่แล้ว

๒.๒ ดำเนินการรวบรวมข้อเท็จจริง สรุปเหตุการณ์ประเภทความเสียหาย คำร้องที่เกี่ยวข้อง
กับการขอรับเงินช่วยเหลือ เหตุการณ์ที่เป็นประเด็นสำคัญ ทั้งส่วนผู้ประกันตน ผู้รับมอบอำนาจ
และสถานพยาบาล

๒.๓ ขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการรักษา ได้แก่

- หนังสือชี้แจงการรักษาในช่วงที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล
- สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (อ่านออกและชัดเจน)
- สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยใน (อ่านออกและชัดเจน) ประกอบด้วย
 - ๑) บันทึกการตรวจร่างกาย
 - ๒) บันทึกการรักษา (Nurse' s note)
 - ๓) Progress Note
 - ๔) Discharge Summary และรหัสโรค
 - ๕) φόร์มปรอท
 - ๖) ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของแพทย์ผู้รักษา
 - ๗) ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจพิเศษที่มีราคาสูงเช่น CT SCAN /MRI (ถ้ามีการส่งตรวจ)
 - ๘) ผลการตรวจพิเศษทั้งหมด เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฟิล์มเอกซเรย์ ฯลฯ
 - ๙) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด หรือต้องผ่าตัดด้วยเครื่องมือพิเศษ (ถ้ามีการผ่าตัด)
 - ๑๐) รายงานการผ่าตัด (Operative note) และการลงรหัสหัตถการ
 - ๑๑) อื่นๆ

๒.๔ ทั้งนี้ ขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลที่รักษาสรุปอาการสำคัญ การรักษาของแพทย์ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลในครั้งและผู้ประกันตนขอรับเงินช่วยเหลือ เพื่อประกอบการจัดทำระเบียบวาระส่งหรือคณะอนุกรรมการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (รายละเอียดแบบฟอร์มระเบียบวาระตามเอกสารแนบ ๒)

๒.๕ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ดำเนินการนัดผู้ประกันตน สถานพยาบาล เข้าสู่กระบวนการประนีประนอมและสรุปผลการเจรจาประนีประนอม พร้อมระเบียบวาระ และเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดส่งให้คณะอนุกรรมการฯ หน่วยที่รับผิดชอบตามที่กำหนด (ตามเอกสารแนบ ๓)

๒.๖ หน่วยงาน ซึ่งเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ รับเรื่องและรวบรวมสรุปข้อมูลเสนอ คณะอนุกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้คณะอนุกรรมการพิจารณาในประเด็น ดังนี้

๑) ความเสียหายเข้าหลักเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์หรือไม่ และเป็นความเสียหายประเภทใด

๒) ความเสียหายอื่นเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล หรือเป็นเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล หรือเป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรค หรือที่เป็นอยู่แล้ว

๓) พิจารณาตัดสินชี้ขาดกรณีจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

๔) กรณีจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาชี้ขาดว่า ควรให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่าไร โดยพิจารณาจากประเภทความเสียหาย ความสำคัญกับการรักษาพยาบาล ผลกระทบจากความเสียหายที่ได้รับ มีมากน้อยเพียงใด ตามตารางการกำหนดหลักเกณฑ์

๒.๗ หน่วยงาน ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการฯ ส่งเรื่องกลับไปยังสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา

๑) กรณีจ่ายเงินให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา จ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น ตามมติคณะกรรมการ/คณะกรรมการการแพทย์

๒) กรณีไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา แจ้งให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิทราบ และแจ้งสิทธิในการอุทธรณ์ตามมาตรา ๘๕ ส่งเรื่องให้กองกฎหมายดำเนินการเสนอคณะกรรมการอุทธรณ์ต่อไป

๓) ทั้งกรณีจ่ายเงินหรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัด กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา มีกระบวนการชี้แจงทำความเข้าใจให้แก่ผู้ประกันตน/ผู้รับมอบอำนาจทุกครั้ง ที่ดำเนินการตามมติ

๔) การดำเนินการตามข้อ ๑) - ๓) รวมระยะเวลาไม่เกิน ๓๐ วัน นับจากได้รับทราบมติ

๒.๘ หน่วยงาน ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการฯ เสนอเรื่องต่อเลขาธิการเพื่อมอบหมายให้กองกฎหมายดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงหากกระทำผิดเพื่อไล่เบี้ย หรือหากไม่กระทำผิดเพื่อยุติเรื่อง

๒.๙ สรุปขั้นตอนและระยะเวลาการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ พร้อมทั้งการใกล้เคียง

ขั้นตอน	ระยะเวลา
๑. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องและเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/ สาขา ตรวจสอบความครบถ้วน รวบรวมเอกสารทางการแพทย์ และเอกสารประกอบการ ส่งเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา	๑๕ วัน นับจากวันที่ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง
๒. หน่วยงาน เลขานุการคณะกรรมการรับเรื่อง และสรุปข้อมูล	๑๕ วัน นับจากวันที่รับเรื่อง และเอกสารครบถ้วน
๓. คณะกรรมการฯ พิจารณาเรื่องตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนด และเสนอคณะกรรมการแพทย์เพื่อทราบ	๓๐ วัน นับจากวันที่นำเข้าอนุกรรมการ และเอกสารครบถ้วนในกรณีจำเป็นให้ขยายเวลาได้อีกไม่เกิน ๓๐ วัน และในกรณีที่มีเหตุอันไม่สามารถหาข้อยุติได้ ให้ขออนุมัติจากคณะกรรมการการแพทย์ เพื่อขยายเวลาได้อีกตามความจำเป็นในกรณีอุทธรณ์
๔. หน่วยงาน เลขานุการคณะกรรมการส่งเรื่องกลับไปเพื่อแจ้งผลให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ และดำเนินการตามมติคณะกรรมการ/คณะกรรมการแพทย์	๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับทราบมติ
๕. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา รับเรื่องและแจ้งผลตามมติ พร้อมทั้งชี้แจงทำความเข้าใจผู้ประกันตน	
๖. กรณีผู้ประกันตนประสงค์ใช้สิทธิในการอุทธรณ์ ให้ส่งเรื่องเพื่อให้กองกฎหมายดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการอุทธรณ์ฯ	๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งผลตามมติ

แบบการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

สำนักงานประกันสังคมที่รับแบบ.....
วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้ประกันตน

- ๑.๑ ชื่อ - สกุล.....
- ๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- ๑.๓ สถานะผู้ประกันตนตามมาตรา.....
- ๑.๔ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์.....
.....
- ๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์

- ๒.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....
 - ๒.๒ สถานที่ตั้ง.....
.....
 - ๒.๓ วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....
 - ๒.๔ เหตุที่เข้ารับบริการทางการแพทย์
 - ๒.๕ ความเสียหายที่เกิดขึ้นได้แก่.....
.....
.....
.....
- (บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับ และระบุความต้องการ)

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

- ๓.๑ ชื่อ - สกุล.....
- ๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- ๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ประกันตน.....
- ๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้ประกันตน)

- ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยของสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ
(.....)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....
ซึ่งเป็น ผู้ประกันตน สามเณรหรือภริยา บิดา มารดา บุตร ที่ได้รับความเสียหายจากการ
รักษาพยาบาลของ.....(ระบุชื่อสถานพยาบาล).....
ขอมอบอำนาจให้..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....
เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับ
ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบฟอร์มสรุปประเมินวาระหรือการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

เรื่องที่ พิจารณาคำร้องกรณีผู้ประกันตน (ชื่อ - นามสกุล)

1. เรื่องเดิม

สรุปรายละเอียดโดยสังเขปเกี่ยวกับวันที่ยื่นคำร้อง อาการเจ็บป่วย/ลักษณะการบาดเจ็บ
วันเวลาที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลใดบ้าง แพทย์วินิจฉัย/รักษาด้วยวิธีใด อาการของผู้ประกันตนที่ได้รับ
ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์นับแต่วันที่รับทราบความเสียหาย/ทุพพลภาพ/ตาย (ระบุวันที่ด้วย)

2. ข้อเท็จจริง

๒.๑ ข้อมูลผู้ประกันตน

ชื่อ-นามสกุล /เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน /อายุ/ สถานประกอบการ/เป็นผู้ประกันตนมาตรา/
ตำแหน่ง/มีเงินสมทบ ๓ ใน ๑๕ เดือนก่อนการเจ็บป่วย/สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดสิทธิ/
รายละเอียดการเข้ารับรักษาพยาบาล/วันที่รับทราบความเสียหาย และความเสียหายที่เกิดขึ้น

(ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ยื่นคำร้องภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย)

๒.๒ ข้อมูลการรักษาพยาบาล

๑) สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา โดยสรุป.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒) ข้อมูลสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง โดยสรุป.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒.๓ ข้อมูลสถานพยาบาล

สรุปรายละเอียดวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล แยกตามสถานพยาบาลเรียงลำดับมาโดยสรุปจากกิจกรรม/การรักษาได้แก่ การวินิจฉัยโรค/แนวทางการรักษา/การตรวจวิเคราะห์โรค และสรุปจากประวัติการรักษา โดยสรุปจากใบรับรองแพทย์หรือขอให้โรงพยาบาลทำหนังสือสรุปการรักษาทั้งหมดอย่างละเอียด

วัน/เดือน/ปี	โรงพยาบาล	การรักษา	หมายเหตุ
๑ มิย. ๖๐	โรงพยาบาล A (ตัวอย่าง)	- เวลา ๗.๑๔ น. ญาติให้ประวัติเวลา ๖.๐๐ น. ขณะนั่งดื่มกาแฟ มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เกร็ง แขน ขาซ้ายอ่อนแรง - การวินิจฉัยโรค Acute ischemic Stroke - การรักษา : RTPA ๕ ml IV then ๕๔ ml. - EKG>๑ degree AV Block rate ๗๕/min	
๒ มิย. ๖๐	โรงพยาบาล B (ตัวอย่าง)	- เวลา ๐๕.๐๐ น. พบผู้ป่วยนอนที่พื้นข้างเตียง ศีรษะด้านซ้ายบวมโน เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๒ cm. - V/S P=๘๐/min, RR = ๒๐ min, BP =๑๔๗/๖๓ mmHg. EcV๕M๖ pupil ๒ min RTL Both eye Motor v o คาดว่าผู้ป่วยตกเตียง รายงาน v iv แพทย์รับทราบให้สังเกตอาการ ทุก ๑ ชั่วโมง มีบ่นปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามหลังและขา pain score = ๕ คะแนน	

๓. ข้อหารื้อ

ผู้ประกันตนเข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร และเงินที่จะได้รับความช่วยเหลือจำนวนเท่าใด

๔. ข้อพิจารณา

สรุปผลการประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การประชุม
ครั้งที่ วันที่.....

๔.๑ ความเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....
.....
.....

๔.๒ มติที่ประชุม

จ่ายเงินช่วยเหลือ

ประเภทของความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์/อัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ

ประเภท ๑ ระดับ มาก ปานกลาง น้อย

ประเภท ๒ ระดับ มาก ปานกลาง น้อย

ประเภท ๓ ระดับ มาก ปานกลาง น้อย

จำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น..... บาท

ไม่จ่ายเงินช่วยเหลือ เหตุผล.....

.....
.....
.....

คณะกรรมการฯ หน่วยที่ ๑ (สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์)

รับผิดชอบหน่วยงานสำนักงานประกันสังคม ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑ พื้นที่ ๒ พื้นที่ ๓ พื้นที่ ๔ พื้นที่ ๕ พื้นที่ ๖ พื้นที่ ๘ พื้นที่ ๙ พื้นที่ ๑๐ พื้นที่ ๑๑ และพื้นที่ ๑๒ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี

คณะกรรมการฯ หน่วยที่ ๒ (สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๗)

รับผิดชอบหน่วยงานสำนักงานประกันสังคม ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๗ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสาคร นครปฐม ราชบุรี สมุทรสงคราม สงขลา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ประจวบคีรีขันธ์ ตรัง นครศรีธรรมราช ชุมพร เพชรบุรี กระบี่ สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส พังงา ระนอง พัทลุง

คณะกรรมการฯ หน่วยที่ ๓ (สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ)

รับผิดชอบหน่วยงานสำนักงานประกันสังคม ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี จันทบุรี นครนายก สระแก้ว ตราด

คณะกรรมการฯ หน่วยที่ ๔ (สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี)

รับผิดชอบหน่วยงานสำนักงานประกันสังคม ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี กำแพงเพชร ตาก สิงห์บุรี อุทัยธานี ชัยนาท อ่างทอง เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงราย เพชรบูรณ์ แพร่ อุตรดิตถ์ พิจิตร สุโขทัย พะเยา น่าน แม่ฮ่องสอน นครราชสีมา ขอนแก่น อุดรธานี อุบลราชธานี บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด ชัยภูมิ สุรินทร์ กาฬสินธุ์ สกลนคร มหาสารคาม หนองคาย บึงกาฬ ศรีสะเกษ หนองบัวลำภู ยโสธร มุกดาหาร นครพนม อำนาจเจริญ เลย

กระบวนการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามกฎหมายประกันสังคม

