



ที่ อย ๐๐๓๓.๐๐๕ / จ ๖๖๗๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
ถนนอุทอง ตำบลหอรัตนไชย อย ๑๓๐๐๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ทบทวนการกำหนดรายชื่อผู้ใช้งานระบบรายงานการจ่ายเงินกองทุน (NHSO Budget) ระบบ Line @สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลในระบบรายงานการจ่ายเงินกองทุน (NHSO Budget) Line @สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาระบบรายงานการจ่ายเงินกองทุน (NHSO Budget) ระบบ Line@สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS เพื่อให้สถานบริการและหน่วยบริการได้รับเงินโอนจากสำนักงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลการโอนเงินชุดเขยค่าบริการทางการแพทย์ตามรายผู้รับบริการได้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลส่วนบุคคลไม่สามารถเปิดเผยแบบสาธารณะได้ ต้องมีการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลตามนโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงขอให้หน่วยบริการพิจารณาทบทวนการกำหนดรายชื่อผู้ใช้งานระบบรายงานการจ่ายเงินกองทุน (NHSO Budget) ระบบ Line@สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) โดยสามารถบันทึกข้อมูลผ่านระบบ Internet <https://smt.nhso.go.th/smtf/#/rap> พร้อมส่งหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการกำหนดรายชื่อผู้ใช้งานในระบบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ ถวิลวีสาร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร ๐ ๓๕๒๔ ๑๕๒๐ ต่อ ๑๒๕

โทรสาร ๐ ๓๕๒๔ ๔๓๓๒

ผู้ประสานงาน นางสาวปราณี ตริรัมย์ โทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๕

ที่.....

ชื่อสถานบริการ/หน่วยบริการ.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลเข้าใช้งานระบบรายงานการโอนเงินงบบุคลากร (NHSO Budget) ระบบ Line @ สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฝ่ายบริหารระบบการเงินและบัญชีกองทุน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลรายบุคคล	จำนวน .....	ฉบับ
	๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน .....	ฉบับ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาระบบรายงานการจ่ายเงินกองทุน (NHSO Budget) ระบบ Line @ สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS เพื่อให้สถานบริการและหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับเงินโอนจากสำนักงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลการโอนเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามรายผู้รับบริการได้ นั้น

ในการนี้...ชื่อสถานบริการ/หน่วยบริการ..(รหัส)..... ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบ ให้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลเข้าใช้งานระบบรายงานการโอนเงินงบบุคลากร (NHSO Budget) ระบบ Line @ สปสช. และการรับข้อมูลโอนเงินผ่าน SMS โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ Internet <https://smt.nhso.go.th/smtf/#/rap> ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
(ผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ)

ผู้รับผิดชอบงาน) .....  
(หมายเลขโทรศัพท์) .....  
(หมายเลขโทรสาร) .....  
(จดหมายอิเล็กทรอนิกส์) .....



