



SUT.FM

SURANAREE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

คำขอมีบัตรประจำตัวพนักงาน (บัตร รปก.)  
สำหรับผ่านเข้า-ออก อาคารต่าง ๆ ในบริเวณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิการบดี (ผ่านหัวหน้าส่วนการเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้าชื่อ(ภาษาไทย).....รหัสประจำตัวพนักงาน.....  
(ภาษาอังกฤษ).....อายุ.....ปี  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานในส่วนงาน / สำนักงาน /  
สำนักวิชา / สถาบัน / ศูนย์.....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุ  
รนารี กระทรวงศึกษาธิการ

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวพนักงาน (รปก.) สำหรับผ่านเข้า-ออก อาคารต่าง ๆ ในบริเวณ  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ทั้งนี้ เนื่องจาก

- [ ] เริ่มบรรจุแต่งตั้งเป็นพนักงาน เมื่อวันที่.....
- [ ] เปลี่ยนตำแหน่ง / ย้ายสังกัด (ให้แนบบัตรเก่ามาด้วย)
- [ ] เปลี่ยนค่านำหน้าชื่อ-ชื่อตัว-ชื่อสกุล (ให้แนบบัตรเก่ามาด้วย)
- [ ] บัตรเก่าชำรุด / บัตรเก่าหมดอายุ วันที่..... (ให้แนบบัตรเก่ามาด้วย)
- [ ] บัตรเก่าสูญหาย

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา  
(.....)

ตำแหน่ง.....

<b>หมายเหตุ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การกรอกข้อความ โปรดเขียนด้วยตัวบรรจง หรือพิมพ์ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความผิดพลาด</li> <li>2. โปรดแนบ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา ขายแต่งกายชุดสากล หลีกเลี่ยงชุดพิธีการ ที่มหาวิทยาลัยกำหนด ขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป</li> </ol>
-----------------	--



SURANAREE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
แบบฟอร์มแจ้งข้อมูลการลดหย่อนภาษี  
SURANAREE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

วันที่.....

เรียน หัวหน้าส่วนการเงินและบัญชี

ข้าพเจ้าขอแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการลดหย่อนภาษีเงินได้ หัก ณ ที่จ่ายเพื่อใช้ในการคำนวณภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย สำหรับภาษีเงินได้ ปี พ.ศ.....

1. ชื่อ..... นามสกุล.....  
เลขที่ผู้เสียภาษี..... รหัสพนักงาน..... หน่วยงาน.....  
โทรศัพท์..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

2. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
คู่สมรส  มีเงินได้  ไม่มีเงินได้

3. จำนวนบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย จำนวน..... คน  
บุตรที่ไม่ได้ศึกษาคนละ 15,000 บาท..... คน (กรณีคู่สมรมีเงินได้หักลดหย่อนบุตรคนละ 7,500บาท)  
บุตรที่กำลังศึกษาคนละ 17,000 บาท..... คน (กรณีคู่สมรมีเงินได้หักลดหย่อนบุตรคนละ 8,500บาท)

4. เบี้ยประกันชีวิต (กรมธรรม์ประกันชีวิต 10ปีขึ้นไป ไม่เกิน 100,000 บาท) ที่ต้องจ่ายต่อปี..... บาท

5. เบี้ยประกันชีวิต กรณีคู่สมรสไม่มีเงินได้(กรมธรรม์ประกันชีวิต 10ปีขึ้นไป ไม่เกิน 10,000 บาท) ที่ต้องจ่ายต่อปี..... บาท

6. ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อซื้อ,เช่าซื้อ หรือก่อสร้างอาคารที่พักอาศัยที่ต้องจ่ายต่อปี..... บาท

7. เงินบริจาคการกุศลสาธารณะ(ตามจ่ายจริงแต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของรายได้หลังหักค่าลดหย่อน)..... บาท

8. การอุปการะเลี้ยงดู (ลดหย่อนได้คนละ 30,000 บาท อายุเกิน 60 ปีและไม่มีเงินได้)

บิดา  มารดา ของผู้มีเงินได้ รวม..... คน

บิดา  มารดา ของคู่สมรส รวม..... คน

9. เบี้ยประกันสุขภาพ สำหรับ บิดา - มารดา (เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 15,000บาท)

บิดา  มารดา ของผู้มีเงินได้ รวม..... คน จำนวนเงิน..... บาท

10. เบี้ยประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบบำนาญ จำนวนไม่เกินร้อยละ 15ของเงินได้พึงประเมินแต่ไม่เกิน 2แสนบาท (และเมื่อรวมเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มทส.และกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ(RMF) ต้องไม่เกิน 500,000บาท)..... บาท

11. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF)..... บาท  
(ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ทั้งปี และเมื่อรวมเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มทส.,เบี้ยประกันชีวิตแบบบำนาญ แล้วต้องไม่เกิน 500,000บาท)

12. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนระยะยาว (LTF)..... บาท  
(ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ทั้งปี และไม่เกิน 500,000บาท)

13.  ผู้มีเงินได้อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (ลดหย่อนได้ 190,000 บาท)

14.  ผู้พิการที่มีเงินได้และมีอายุไม่เกิน 65 ปี (ลดหย่อนได้ 190,000 บาท)

15. ค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ คนละ 60,000 บาท รวมทั้งสิ้น..... บาท  
(กรณีคู่สมรมีเงินได้หักลดหย่อนบุตรพิการหรือทุพพลภาพ ได้คนละ 30,000 บาท)

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้มีเงินได้

ประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
เรื่อง หลักเกณฑ์การลาของลูกจ้างชั่วคราวของมหาวิทยาลัย

---

เพื่อเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การลาประเภทต่างๆ ของลูกจ้างชั่วคราวของมหาวิทยาลัย ให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ.2533 มติคณะกรรมการบริหารงานบุคคลในการประชุมครั้งที่ 1/2544 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 จึงออกประกาศหลักเกณฑ์การลาของลูกจ้างชั่วคราวของมหาวิทยาลัยไว้ดังนี้

ข้อ 1. ในประกาศนี้  
“ลูกจ้างชั่วคราว” หมายถึงลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนของมหาวิทยาลัย แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างในหน่วยงานเชิงธุรกิจของมหาวิทยาลัย

ข้อ 2. การลาของลูกจ้างชั่วคราว ให้ใช้หลักเกณฑ์ ประเภท และจำนวนวันลา ตามตารางหลักเกณฑ์การลาของลูกจ้างชั่วคราวที่แนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2544

ประกาศ ณ วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2544

ทวี เลิศปัญญาวิทย์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวี เลิศปัญญาวิทย์)  
รักษาการแทนอธิการบดี



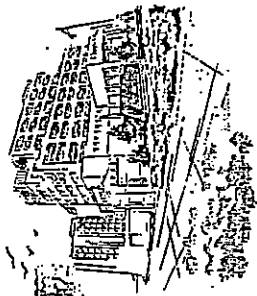
สำนักงานประกันสังคม

# แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลนายจ้าง	สำหรับเจ้าหน้าที่
ชื่อสถานประกอบการ <u>มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</u>	เลขที่บัตรประกันสังคม <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"/>
เลขที่บัญชี <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> - <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> - <input type="text"/> 0	
ลำดับที่สาขา <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1	
วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน.....	
ประเภทการจ้าง <input type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	
ข้อมูลผู้ประกันตน	
1. ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง..... ชื่อสกุล.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="text"/>
3. สัญชาติ.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. สถานภาพครอบครัว	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <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="checkbox"/> ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. <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"/>
7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้	<b>เอกสารที่แนบ</b>
<input type="checkbox"/> ไม่สำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
<input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน
<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่.....	<input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง
	<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ	
ลงชื่อ.....นายจ้าง (.....) วันที่.....	
ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล	
8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม..... (ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล)	<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"/>
หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ	<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"/>
ลำดับที่ 1 ชื่อ..... หรือ	<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"/>
ลำดับที่ 2 ชื่อ.....	
ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน (.....) วันที่.....	(ผู้รับแบบ) วันที่.....

**คำแนะนำ**

- ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
- กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี มากกว่า 2 คน ให้กรอกปี พ.ศ. เกิดเพียง 2 คน ตามลำดับการเกิดก่อนหลังที่มีชีวิตอยู่
- การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน
- เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง



# 1 การปรับปรุงที่อยู่อาศัย

การปรับปรุงคือ กองทุนที่ให้หลักประกันและให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน ให้ได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ขูพพลภาพ หรือตาย ซึ่งไม่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ขราภาพ และว่างงาน

# 2 ข้อเสียที่ผู้ประกันตนต้อง

นายจ้าง ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (สอ.ย.ไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ในวันเข้าทำงาน) ต้องขึ้นทะเบียนนายจ้างพร้อมกับขึ้นทะเบียนลูกจ้าง ภายใน 30 วัน และเมื่อมีการรับลูกจ้างใหม่ต้องแจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างใหม่ ภายใน 30 วัน เช่นกัน

# 3 ข้อที่ต้องปฏิบัติตามข้อนี้

- 1. กรณีบุคคล
- 2. กรณีบุคคล
- 3. กรณีบุคคล
- 4. กรณีบุคคล
- 5. กรณีบุคคล

# กรณีจ่ายของเงินเดือน

1. สำเนาหรือภาพถ่ายบัตรประชาชน หรือสำเนาหรือภาพถ่ายทะเบียนบ้าน (คนต่างต่าง ใช้สำเนาหนังสือเดินทางหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างต่าง)
2. หลักฐานการประกอบกิจการ เช่น หลักฐานจากการตรวจสถานประกอบการของเจ้าหน้าที่ สัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้สถานที่ประกอบกิจการตามที่ระบุ เป็นต้น
3. สำเนาหรือภาพถ่ายใบทะเบียนพาณิชย์ หรือใบอนุญาตให้ประกอบกิจการที่ออกตามกฎหมายอื่น ซึ่งระบุชื่อที่อยู่ชัดเจน
4. สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษีอากร หรือสำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน (ร.ง.4) หรือสำเนาหรือภาพถ่ายใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภ.พ.20) หรือสำเนาหรือภาพถ่ายภาษีธุรกิจเฉพาะ (ภ.ง.ด.20)
5. แผนที่ตั้งของสถานประกอบการ
6. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด)

# สำเนาบัตรประชาชน

1. ให้ขึ้นทะเบียนลูกจ้างเป็นผู้ประกันตน ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างเข้าทำงาน
2. กรอกแบบฟอร์มขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) กรณีลูกจ้างที่ยังไม่เคยเข้าสู่ระบบประกันสังคม
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งทางราชการออกให้
4. สำเนาใบอนุญาตทำงานและสำเนาหนังสือเดินทาง หรือสำเนาใบอนุญาตทำงานและสำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างต่างกรณีผู้ประกันตนเป็นชาวต่างต่าง
5. ลูกจ้างที่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาแล้ว ให้แจ้งการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03/1)

**\*\*กรณีกิจการเป็นเจ้าของคนเดียว เจ้าของกิจการ คือ นายจ้างไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนได้\*\***

# 4 การขึ้นทะเบียน

นายจ้าง ที่มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นแบบได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ที่สถานประกอบการตั้งอยู่  
นายจ้าง ที่มีสำนักงานใหญ่ในส่วนภูมิภาค ให้ยื่นแบบขึ้นทะเบียนได้ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่สถานประกอบการตั้งอยู่  
หรือที่นายจ้างสามารถขึ้นทะเบียนผ่านทางอินเทอร์เน็ต ได้ที่ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) เมนู e-service

# 5 การแจ้งข้อโต้แย้ง

กรณีการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน การแจ้งข้อโต้แย้งสามารถแจ้งได้จากงาน เลิกจ้าง ให้นายจ้างแจ้งการออกจากงาน ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยใช้แบบหนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงชื่อ-ชื่อสกุล หรือชื่อ-สถานภาพครอบครัวและข้อมูลจำนวนบุตร ให้นายจ้างแจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยใช้แบบหนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงชื่อจริงของผู้ประกันตน (สปส.6-10)

# 6 เงินสมทบ

เงินสมทบ คือ เงินที่นายจ้างและลูกจ้างต้องนำส่งเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน โดยคำนวณจากค่าจ้างที่ลูกจ้างได้รับ ในร้อยละ 5 ซึ่งฐานค่าจ้างที่นำมาคำนวณ ค่าสุดเดือนละ 1,650 บาท (83 บาท) และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท (750 บาท) รัฐบาลจะออกเงินสมทบเข้ากองทุนด้วยส่วนหนึ่ง

รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จังหวัดนครราชสีมา

๑. รพ.ค่ายสุรนารี (ยังไม่เปิดรับผู้ประกันตนเพิ่ม) ๒. รพ.ปากช่องนานา (สธ)\* ๓. รพ.มหาราชนครราชสีมา (สธ)\*  
 ๔. รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา (สธ)\* ๕. รพ.ป.แพทย์ ๖. รพ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สถานพยาบาลที่ไม่มีเครือข่าย

รพ.ค่ายสุรนารี รับเฉพาะผู้ประกันตนรายเดิมที่ถือบัตรรับรองสิทธิ รพ.ค่ายสุรนารีก่อนปี ๒๕๕๘ (ไม่รับผู้ประกันตนรายใหม่) โทร. ๐ ๔๔๒๗ ๓๙๑๒  
 รพ.ป.แพทย์ (เอกชน) (ป.แพทย์ ๑) ๐ ๔๔๒๓ ๐๕๓๐-๒ และ ๐ ๔๔๒๔ ๒๗๔๒ ต่อ ๑๑๐๕ (แผนกสิทธิประโยชน์)  
 (ป.แพทย์ ๒) ๐ ๔๔๒๓ ๔๙๙๙ ต่อ ๒๕๑๙ (แผนกสิทธิประโยชน์)

สถานพยาบาลมีเครือข่าย

รพ.ปากช่องนานา (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๔๔๓๑ ๕๖๗๖ ต่อ ๑๔๐  
 ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองปากช่อง ๑ ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองปากช่อง ๒ รพ.ชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด  
 รพ.มหาราชนครราชสีมา (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๔๔๒๓ ๕๐๙๓ - ๔  
 รพ.กองบิน กองบริการ กองบิน ๑ รพ.จิตเวชศรีนครินทร์นครราชสีมา รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี เมืองยาง  
 รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ นครราชสีมา รพ.เฉลิมพระเกียรติ (ศูนย์แพทย์ฯ ๑๑)  
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเพาะชำ ศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีกาชาด ๔  
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบัวใหญ่  
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลพิมาย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลทุ่งสว่าง  
 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลโพธิ์กลาง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลสวนพริกไทย  
 ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนดอนโพธิ์ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองหัวทะเล  
 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๒ วัดป่าสาละวัน ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๓ วัดบูรพ์ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๗ วัดโคกกรวด  
 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๘ แม่และเด็ก ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๙ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา  
 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๑๐ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ๑๑ เฉลิมพระเกียรติ  
 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๑๓ มะค่า ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๑๔ จอหอ ศูนย์บริการสาธารณสุขขออนุญาตการเคหะ  
 รพ.หัวทะเล รพ.พระทองคำ รพ.ชุมชนและรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา (กระทรวงสาธารณสุข) โทร. ๐ ๔๔๓๙ ๕๐๐๐ ต่อ ๑๑๐๑ กลุ่มงานประกันสังคม

รพ.ครบุรี รพ.เสิงสาง รพ.คง รพ.บ้านเหลื่อม รพ.ปักธงชัย รพ.สูงเนิน รพ.จักราช  
 รพ.โชคชัย รพ.ด่านขุนทด รพ.เทพารักษ์ รพ.พิมาย รพ.สีคิ้ว รพ.โนนแดง รพ.โนนสูง  
 รพ.โนนไทย รพ.ประทาย รพ.บัวลาย รพ.ห้วยแถลง รพ.หนองบุญมาก รพ.สีดา รพ.ขามสะแกแสง  
 รพ.บัวใหญ่ รพ.ชุมพวง รพ.วังน้ำเขียว รพ.ลำทะเมนชัย รพ.เฉลิมพระเกียรติ รพ.แก้งสนามนาง

รพ.พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี เมืองยาง รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัด

รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัด รพ.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมายเมืองใหม่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสาหร่าย  
 ศูนย์สุขภาพชุมชนสีดา ศูนย์สุขภาพชุมชนสระประทีป ศูนย์สุขภาพชุมชนปักธงชัย ศูนย์สุขภาพชุมชนสะแกแสง  
 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขามทะเลสอ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลแก้งสนามนาง ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบัวใหญ่

โรงพยาบาลเขตจังหวัดรอยต่อ

จังหวัด	ขอนแก่น	๑. รพ.ขอนแก่น (สธ)* ๒. รพ.ชุมแพ (สธ)* ๓. รพ.ศรีนครินทร์
	ชัยภูมิ	๑. รพ.ชัยภูมิ (สธ)*
	บุรีรัมย์	๑. รพ.นางรอง (สธ)* ๒. รพ.บุรีรัมย์ (สธ)*
	ปราจีนบุรี	๑. รพ.กบินทร์บุรี (สธ)* ๒. รพ.ค่ายจักรพงษ์ ๓. รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร (สธ)*
	ลพบุรี	๑. รพ.บ้านหมี่ (สธ)* ๒. รพ.พระนารายณ์มหาราช (สธ)* ๓. รพ.อานันทมหิดล
	สระแก้ว	๑. รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (สธ)*
	สระบุรี	๑. รพ.พระพุทธบาท (สธ)* ๒. รพ.สระบุรี (สธ)* ๓. รพ.เกษมราษฎร์ สระบุรี*

หมายเหตุ \* หมายถึง มีสถานพยาบาลเครือข่าย

(สธ) หมายถึง สถานพยาบาลหลักในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนั้น ๆ เป็นเครือข่าย  
 รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล