



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีทันตกรรม
(อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าตัดฟันคุด ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้)

สำหรับเจ้าหน้าที่
 เลขที่รับ
 วันที่รับ.....
 ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
 ระบุชื่อผู้ประกันตน..... เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....สาขา.....
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม..... ชื่อสถานพยาบาล.....
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ.....
 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคาร..... ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝากหักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

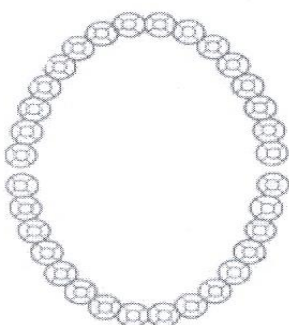
- ใบเสร็จรับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)
 วันที่...../...../.....
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก
 ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)
- สำเนาทะเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้ยื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ

- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างดาวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้
 F = ฟันที่อุดครั้งนี้
 A = ฟันเทียมชนิดถอดได้

สถานพยาบาลที่ทำความตกลง
 ได้ตรวจสุขภาพช่องปากและฟันแล้ว

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....
 เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ
 กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ส.ทันตกรรมชั้น 1 ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษา
 โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง,นางสาว).....

โดย

- ขูดหินปูนทั้งปาก ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น
- อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam.....ซี่ ที่ #.....
 ○ 1 ด้าน.....ซี่ ○ 2 ด้าน.....ซี่
- อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน.....ซี่ ที่ #.....
 () 1 ด้าน ○ ฟันหน้า.....ซี่ ○ ฟันหลัง.....ซี่
 () 2 ด้าน ○ ฟันหน้า.....ซี่ ○ ฟันหลัง.....ซี่
- ถอนฟัน (ฟันแท้).....ซี่ ที่ #..... ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่
- ถอนฟันที่ถอนยาก.....ซี่ ที่ #..... ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
- ผ่าฟันคุด.....ซี่ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา
 (.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) อายุปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม จำนวนบาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม
เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ