สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีทันตกรรม
(อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าตัดฟันคุด ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้)
กองทุนประกันสังคม

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.....
เลขที่บัญชี ☐☐☐☐☐☐☐☐ ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐

4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม ..... ชื่อสถานพยาบาล .....

5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ
☐ อุดฟัน.....ซี่ ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่
☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
☐ ขูดหินปูน ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

6. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

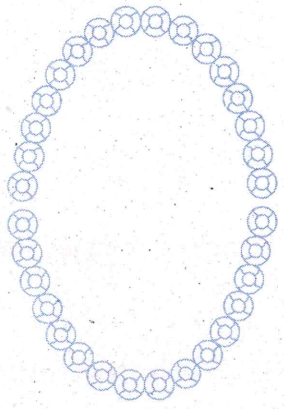
เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

☐ ใบเสร็จรับเงิน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก
ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)
☐ สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้
F = ฟันที่อุดครั้งนี้
A = ฟันเทียมชนิดถอดได้

วันที่.....
ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....
เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษาโรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....
โดย ☐ อุดฟัน.....ซี่ ที่ # .....
☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ที่ # .....
☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา..... น. ถึงเวลา..... น.
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน..... ซี่
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
☐ 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)..... อายุ .....ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ..... ซอย ..... ถนน .....

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

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวน .....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม

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 : ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ