สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ
กองทุนประกันสังคม

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

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ยื่นคำขอฯในฐานะ ☐ ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ
☐ ทายาทของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ (เฉพาะกรณีผู้ทุพพลภาพถึงแก่ความตาย)
ระบุชื่อผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ.....เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

2. ☐ ขอรับค่ารักษาพยาบาลประเภท ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน
วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่.....
รวมเป็นเงิน .....บาท (.....)
☐ ขอรับค่ารถพยาบาล / พาหนะรับส่ง

3. สถานพยาบาลที่รักษา.....

4. ชื่อโรคหรืออาการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์.....
.....

5. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....
สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....

6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ ใบเสร็จรับเงิน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ /ผู้มีสิทธิ

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เลขที่คำสั่ง.....เลขที่รับแจ้ง.....
ชื่อผู้ทุพพลภาพ (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....
☐ มีสิทธิรับ ☐ ค่าบริการทางการแพทย์ เป็นเงิน.....บาท (.....)
☐ ค่ารถพยาบาล / พาหนะรับส่งประจำเดือน.....พ.ศ..... เป็นเงิน.....บาท (.....)
☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่า.....เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุมัติคำสั่งประโยชน์ทดแทน
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุมัติคำสั่งจ่าย
วันที่...../...../.....