



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีทันตกรรม**

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. บริการทันตกรรมที่ได้รับ คือ.....
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ธนาคาร.....
 พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน ---

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้า เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้า ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้า ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ สงคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองแพทย์กรณีทันตกรรม
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)
- สำเนาवेशะเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ

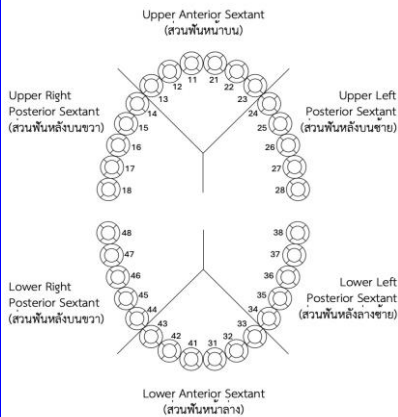
- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

ใบรับรองแพทย์กรณีทันตกรรม

จุดที่ทำการรักษา

วันที่.....

แผนผังช่องปาก (odontogram) สำหรับระบุตำแหน่งที่ทำการรักษา แบ่งเป็นฟันแถว 32 ซี่ / 6 ส่วน (sextant)



ข้าพเจ้า.....ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ใบอนุญาตที่ ท.....

สถานพยาบาลชื่อ.....ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับ

ใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ได้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

ให้แก่ (นาย, นาง, นางสาว).....

กรณีสถานพยาบาลของรัฐ ได้รับการรักษา

ขูดหินน้ำลายทั้งปาก เกลารากฟัน (Root planning/Curettage).....sextant ที่ #.....

ขูดฟันชั่วคราว.....ซี่ ที่ #.....

ขูดฟันด้วยวัสดุอะมัลกัม
 1 ด้าน.....ซี่ ที่ #..... 2 ด้าน.....ซี่ ที่ #..... ตั้งแต่ 3 ด้านขึ้นไป.....ซี่ ที่ #.....

ขูดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน
 1 ด้าน.....ซี่ ที่ #..... 2 ด้าน.....ซี่ ที่ #..... ตั้งแต่ 3 ด้านขึ้นไป.....ซี่ ที่ #.....

ถอนฟันปกติ.....ซี่ ที่ #..... ถอนฟันที่ยาก.....ซี่ ที่ #.....

ผ่าตัดฟันคุด

- ผ่าตัดเอารากฟันที่ค้ำออกซี่ ที่ #.....
- ผ่าตัดฟันคุดโดยไม่กรอกระดูกและฟัน (Soft tissue impaction)ซี่ ที่ #.....
- ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังบางส่วนโดยกรอกระดูกและฟัน (Partial bony impaction or embedded tooth)ซี่ ที่ #.....
- ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังโดยกรอกระดูกและฟัน (Complete bony impaction or embedded tooth)ซี่ ที่ #.....

ขลิบและแต่งกระดูกเพื่อใส่ฟัน (Alveolectomy/Alveoloplasty).....ตำแหน่ง ที่ #.....

แต่งกระดูก (Torectomy, Ostectomy) (ไม่รวม stent) ขากรรไกรบน ขากรรไกรล่าง

Surgical stent รวมการพิมพ์ปากและทำโมเดล.....ชิ้น ขากรรไกรบน ขากรรไกรล่าง

กรณีสถานพยาบาลของเอกชน ได้รับการรักษา

ขูดหินน้ำลายทั้งปาก

ขูดฟัน.....ซี่ ที่ #..... ถอนฟัน.....ซี่ ที่ #.....

ผ่าตัดฟันคุด

- ผ่าตัดฟันคุดโดยไม่กรอกระดูกและฟัน (Soft tissue impaction)ซี่ ที่ #.....
- ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังบางส่วนโดยกรอกระดูกและฟัน (Partial bony impaction or embedded tooth)ซี่ ที่ #.....

กรณีสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ได้รับการรักษา

ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

- 1-5 ซี่ ขากรรไกรบนซี่ ที่ #..... 1-5 ซี่ ขากรรไกรล่าง.....ซี่ ที่ #.....
- มากกว่า 5 ซี่ ขากรรไกรบน.....ซี่ ที่ #..... มากกว่า 5 ซี่ ขากรรไกรล่าง.....ซี่ ที่ #.....
- ทั้งปาก ขากรรไกรบน หรือ ทั้งปาก ขากรรไกรล่าง
- ทั้งปาก ขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง

ผังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก

- ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม
- ค่าติดตามการรักษา
- ชุดอุปกรณ์รากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก.....ชุด
 - ขากรรไกรบน.....ราก ที่ #..... - ขากรรไกรล่าง.....ราก ที่ #.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา
 (.....)