



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน  
กรณีทันตกรรม (ใส่รากฟันเทียม)  
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. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....  
เลขที่บัญชี         ลำดับที่สาขา
3. ขอรับบริการกรณีทันตกรรมใส่รากฟันเทียม กรณี  ผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุและสูญเสียฟันทั้งปาก  
 ผู้ประกันตนอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไปและสูญเสียฟันทั้งปาก
4. ชื่อสถานพยาบาลที่ใส่รากฟันเทียม.....เลขที่ตั้ง..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการและข้าพเจ้ารับรองว่าจะเข้ารับบริการทันตกรรมรากฟันเทียมโดยตลอดจนครบกระบวนการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิหรือไม่เข้ารับบริการทันตกรรมรากฟันเทียมจนครบกระบวนการ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน  
 ใบรับรองแพทย์

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

**คำเตือน :** 1. ผู้ประกันตนประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม (ใส่รากฟันเทียม) ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ภายใน 90 วันหลังจากประกาศมีผลใช้บังคับ (ภายในวันที่ 1 เมษายน 2554)

2. ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

## ใบรับรองแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล .....

ตั้งอยู่เลขที่.....

ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิง .....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

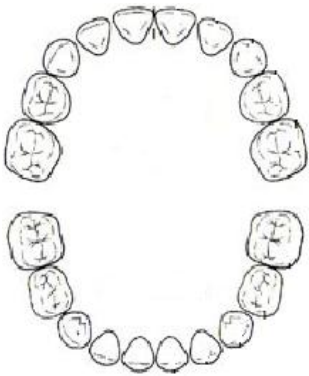
ขอรับรองว่าได้ตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว) .....

เข้ารับการตรวจเพื่อใส่รากฟันเทียม เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- กรณี  ผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุและสูญเสียฟันทั้งปาก  
 ผู้ประกันตนอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไปและสูญเสียฟันทั้งปาก

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขใส่รากฟันเทียม (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ผ่านหลักเกณฑ์ฯ)

1. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคระบบที่เป็นข้อห้ามของการผ่าตัด หรือการวางยาสลบ เช่น โรคเบาหวานที่ยังควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ที่มีปัญหาโรคเลือดไหลไม่หยุด ไม่มีโรคเกี่ยวกับการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น
2. มีสุขภาพช่องปากและอนามัยช่องปากดี ถ้ามีโรคเหงือกหรือโรคปริทันต์ ควรได้รับการรักษาก่อน
3. กระดูกในบริเวณที่จะฝังมีความหนาเพียงพอที่จะรองรับรากฟันเทียม และไม่เป็นโรคกระดูกพรุน
4. ไม่เคยรับการฉายรังสีรักษาบริเวณกระดูกขากรรไกรและลำคอ
5. มีทัศนคติที่ดีต่อการใส่ฟัน เข้าใจขั้นตอนการรักษา การใช้งานของรากฟันเทียม ตลอดจนสามารถดูแลรักษาฟันเทียมและอุปกรณ์ต่างๆได้



ตำแหน่งที่จะฝังรากฟันเทียม.....#.....

ความยาวของรากฟันเทียม.....#.....

ขนาดของรากฟันเทียม (Ø).....MM

ความเห็นอื่น ๆ

- สมควรได้รับการฝังรากฟันเทียม เหตุผล.....
- ไม่สมควรได้รับการฝังรากฟันเทียม เหตุผล.....

(ลงชื่อ).....ทันตแพทย์ผู้รักษาในโครงการรากฟันเทียม

(.....)

วันที่...../...../.....