



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ
หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน
กองทุนประกันสังคม**

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

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน
วัน / เดือน /ปีเกิด อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล์.....
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชีลำดับที่สาขา
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี
 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
 การล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD)
 พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรพัวอิทิน (Erythropoietin)
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน
 ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ปลูกถ่ายไขกระดูก ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา
 ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
 ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
 ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
 ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
 ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
 ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
 ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
 ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)
5. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตามข้อ 4
ชื่อ.....
6. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)
ชื่อ.....
โดยสถานพยาบาล ตอบรับแล้ว ยังไม่ได้ตอบรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

วันที่...../...../.....