



สำนักงานประกันสังคม

**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
การบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง.....
วันที่รับแจ้ง.....
ชื่อผู้รับ.....

- 1) ข้าพเจ้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□□
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่ ถนน..... ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- 2) สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี □□-□□□□□□□□-□ ลำดับที่สาขา □□□□□□
- 3) สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไต ชื่อ

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

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาแบบพิมพ์การสมัครขอรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ใบรายงานการผ่าตัด คำสั่งการรักษาของแพทย์ คำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกัน ใบสรุปประวัติการรักษา ใบบันทึกรายงานผลการรักษาของอายุรแพทย์โรคไตและศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด เป็นต้น
- ใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไตจากอายุรแพทย์โรคไต หรือใบรับรองแพทย์กรณีหลังปลูกถ่ายไต และอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาสมุดคู่มือแสดงสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแล่มสุดท้ายของผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ 1 - วันที่บันทึกการฟอกเลือดฯ ครั้งสุดท้าย

คำเตือน

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ