



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีทันตกรรม**
(อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก)
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. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
ระบุชื่อผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม ชื่อสถานพยาบาล
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ อุดฟัน.....ซี่ ถอนฟัน..... ซี่ ขูดหินปูน ฟันเทียมชนิดถอดได้ฯซี่
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ. ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ใบเสร็จรับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก (.....)
ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) วันที่...../...../.....
- สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

ใบรับรองแพทย์



จุดที่ทำการรักษา

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....
เลขที่..... ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ
กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ส.ทันตกรรมชั้น 1 ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รับการ
โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....
โดย อุดฟัน..... ซี่ ที่ #.....
 ถอนฟัน..... ซี่ ที่ #.....
 ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา..... น. ถึงเวลา..... น.
 ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก จำนวน..... ซี่

M = ฟันที่ถอนครั้งนี้ (ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้รักษา
F = ฟันที่อุดครั้งนี้ (.....)
A = ฟันเทียมฐานอคริลิกครั้งนี้

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวน..... บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีทันตกรรม
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดง
ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน 'ได้รับยกเว้น' ไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง
ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคล
ที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือ
ทั้งจำทั้งปรับ