



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. สถานที่ประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ลำดับที่สาขา

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม..... ชื่อสถานพยาบาล.....
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ อุดฟัน.....ซี่ ถอนฟัน.....ซี่ ขูดหินปูน ฟันเทียมชนิดถอดได้.....ซี่
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม หมายนัดส่งจ่าย ปณ. ธนาคาร.....

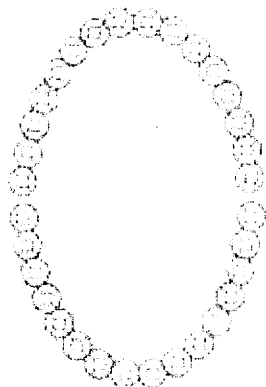
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับ ไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

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

ใบรับรองแพทย์**จุดที่ทำการรักษา**

วันที่.....



ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....

เลขที่..... ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ส.ทันตกรรมชั้น 1 ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษา

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