

 <p>แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีทันตกรรม (อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก) กองทุนประกันสังคม</p>	<p>สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับ วันที่รับ ผู้รับ</p>
--	---

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.....ซึ่ง ถอนฟัน..... ซึ่ง ขูดหินปูน ฟันเทียมชนิดถอดได้ฯซึ่งรวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารตั้งจ่าย ปณ. ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง 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 ได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว)..... โดย อุดฟัน..... ซึ่ง ที่ #..... ถอนฟัน..... ซึ่ง ที่ #..... ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา..... น. ถึงเวลา..... น. ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก จำนวน..... ซึ่ง (ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้รักษา (.....)

M = ฟันที่ถอนครั้งนี้
 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.....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม จำนวน..... บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์
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 'ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

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