



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน  
กรณีทันตกรรม  
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่  
เลขที่รับแจ้ง.....  
วันที่รับ.....  
ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน ------
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ  ผู้ประกันตน  ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)  
ระบุชื่อผู้ประกันตน..... เลขประจำตัวประชาชน ------
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....  
เลขที่บัญชี ----- ลำดับที่สาขา ---
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม..... ชื่อสถานพยาบาล.....
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ  อุดฟัน ..... ชี่  ถอนฟัน ..... ชี่  นูดหินปูน  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)
6. ขอรับเงิน  ที่สำนักงานประกันสังคม  ธนาคารตัวสั่งจ่าย ป.บ.  ธนาคาร.....  
สาขา..... บัญชีเลขที่.....

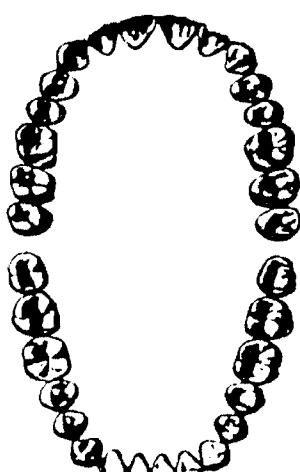
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิโดยตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ใบเสร็จรับเงิน (ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประจำตองทรัพย์หน้าแรก (.....)  
ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) วันที่...../...../.....

**ใบรับรองแพทย์**

**ชุดที่ทำการรักษา**



M = ฟันที่ถอนครั้งนี้  
F = ฟันที่อุดครั้งนี้

วันที่.....  
ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....  
เลขที่..... ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....  
ซึ่งเป็นสถานบริการทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากการประกอบโรคศิลปะ  
กระทรวงสาธารณสุข ประเภท  ส.ทันตกรรมชั้น 1  ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษา<sup>1</sup>  
โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....  
โดย  อุดฟัน ..... ชี่ ที่ #.....  
 ถอนฟัน ..... ชี่ ที่ #.....  
 นูดหินปูน ตั้งแต่เวลา..... น. ถึงเวลา..... น.

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้รักษา  
(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

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

เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

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

การได้รับมอบอำนาจกระทำไปให้อสมีอนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติสั่งจ่าย

ค่าทันตกรรม จำนวน..... บาท

อนุมัติ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

(.....) (.....)

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายค่าทันตกรรม

จำนวน..... บาท

(.....)

อนุมัติ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

(.....) (.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

- หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลกฎหมายภาษีอากร