



สำนักงานประกันสังคม

**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน  
กรณีทันตกรรม  
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่  
เลขที่รับแจ้ง  
วันที่รับ

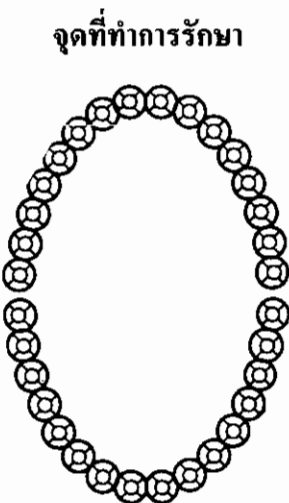
1. ข้าพเจ้า เลขประจำตัวประชาชน  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)  
ระบุชื่อผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ  
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม ชื่อสถานพยาบาล
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ อุดฟัน ซี่ ถอนฟัน ซี่ ขูดหินปูน  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท ( )
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธานีติส่งจ่าย ปณ. ธนาคาร  
สาขา บัญชีเลขที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

**เอกสารประกอบการยื่นคำขอ**

ใบเสร็จรับเงิน (ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ  
 ดำเนินสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ( )  
 ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) วันที่ / /

**ใบรับรองแพทย์**



จุดที่ทำการรักษา

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

M = ฟันที่ถอนครั้งนี้

F = ฟันที่อุดครั้งนี้

(ลงชื่อ)

แพทย์ผู้รักษา

( )

)

# ใบมอบฉันทะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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

การใดที่ผู้รับมอบฉันทะกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ  
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

## สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติส่งจ่าย  
ค่าทันตกรรม จำนวน.....บาท

อนุมัติ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
(.....) (.....)

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายค่าทันตกรรม  
จำนวนเงิน.....บาท  
(.....)

อนุมัติ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

**หมายเหตุ** ผู้รับมอบฉันทะเพื่อรับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน  
ของผู้มอบฉันทะ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย