

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับการเพิ่มสิทธิประโยชน์และเพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็วแก่ผู้ประกันตนในการขอรับประโยชน์ทดแทน ตลอดจนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม กองทุนประกันสังคม (สปส.2 - 16) และแบบคำขอรับค่าบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม (สปส.2 - 18) ตามข้อ ๕ ของระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม กองทุนประกันสังคม (สปส.2 - 16) และแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม (สปส.2 - 18) ตามระเบียบฉบับนี้แทน

ข้อ ๒ ระเบียบฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

จิรศักดิ์ สุคนธชาติ

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

 สำนักงานประกันสังคม	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีทันตกรรม (อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าตัดฟันคุด ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้) 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 ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่
☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
☐ ขูดหินปูน ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง
 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารที่ส่งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....

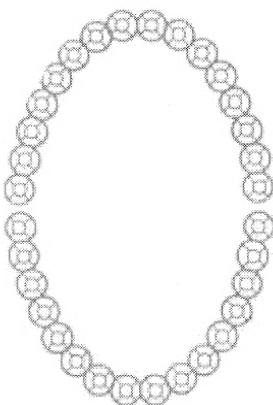
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ ใบเสร็จรับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก
 ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) วันที่...../...../.....
☐ สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้
 F = ฟันที่อุดครั้งนี้
 A = ฟันเทียมชนิดถอดได้

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 / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ที่ #
☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่วันที่..... น. ถึงเวลา..... น.
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา
 (.....)

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 จำนวนบาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีทันตกรรม
เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ)
(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ)
(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

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

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ประมวลกฎหมายหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง
ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคล
ที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท
หรือทั้งจำทั้งปรับ



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ

ผู้รับ

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน.....
วัน / เดือน / ปีเกิด อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน มือถือ อีเมล
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี

☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรพอยติน (Erythropoietin)

และ ☐ การปลูกถ่ายไต

สถานพยาบาลที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม / ล้างช่องท้องด้วยน้ำยา ชื่อ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับประโยชน์ทดแทนโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต
☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

คำเตือน ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้อแนะนำ

1. สามารถยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การปลูกถ่ายไต และการฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน
2. กรณีการปลูกถ่ายไต หากยื่นขอรับสิทธิจากสำนักงานประกันสังคมไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็น ว่า ผู้ประกันตนพร้อมที่จะตรวจเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ขอให้ผู้ประกันตนติดต่อ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / เขตพื้นที่ ซึ่งยื่นขอรับสิทธิไว้ เพื่อดำเนินการออกหนังสือถึงสถานพยาบาลที่ประสงค์จะใช้สิทธิปลูกถ่ายไต
3. การอนุมัติสิทธิกรณีบำบัดทดแทนไต คณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต จะอนุมัติวันที่เริ่มมีสิทธิได้ย้อนหลัง จากวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตได้ ไม่เกิน 30 วัน ดังนั้น หากผู้ประกันตนยื่นเรื่องขอรับสิทธิบำบัดทดแทนไตช้ากว่า 30 วัน หลังเริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรก ให้ระบุเหตุผลที่ผู้ประกันตนยื่นเรื่องช้ากว่า 30 วัน
4. คณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต จะพิจารณาในส่วนของความเห็นทางการแพทย์ ดังนั้น จึงขอให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / เขตพื้นที่ ตรวจสอบสถานะความเป็นผู้ประกันตน และเงินสมทบ พร้อมทั้งแนบหนังสือรับรองสิทธิผู้ประกันตนกรณีบำบัดทดแทนไตประกอบการยื่นเรื่องหรือทุกราย