

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักบริหารการเงิน การบัญชี และการลงทุน สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
- ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
<http://www.sso.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- กรณีทันตกรรม เฉพาะถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด
 - ตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม - 11 สิงหาคม 2559 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 600 บาท/ปี
 - ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม - 27 กันยายน 2559 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 900 บาท/ปี
- ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราแนบท้ายประกาศฯ กำหนด ดังนี้
 - 1) ขูดหินปูนทั้งปาก 400 บาท
 - 2) อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam
 - 1 ด้าน 300 บาท
 - 2 ด้าน 450 บาท
 - 3) อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน
 - 1 ด้าน (ฟันหน้า) 350 บาท
(ฟันหลัง) 400 บาท
 - 2 ด้าน (ฟันหน้า) 400 บาท
(ฟันหลัง) 500 บาท

4) ถอนฟัน (ฟันแท้) 250 บาท

ถอนฟันที่ยาก 450 บาท

5) ผ่าฟันคุด 900 บาท

• ตั้งแต่วันที่ 28 กันยายน 2559 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่าย แต่ไม่เกิน 900 บาท/ปี

- กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน 1-5 ซี่ ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,300 บาท
มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท

- กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,400 บาท
ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,400 บาท

** กรณีใช้สิทธิใส่ฟันเทียมแล้ว สามารถเบิกฟันเทียมชุดใหม่ได้อีกเมื่อพ้นระยะเวลา 5 ปี

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ต้องขอความเห็นแพทย์เพิ่มเติม เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น
6. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
7. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. การตรวจสอบเอกสาร
ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่
ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง
ของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ
(ระยะเวลา 5 นาที)
2. การพิจารณา
เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
สอบข้อเท็จจริง พิจารณาวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน
(ระยะเวลา 10 นาที)
3. การลงนาม
เจ้าหน้าที่อนุมัติ/ แจ้งคำสั่ง
ประโยชน์ทดแทน และรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน
(ระยะเวลา 10 นาที)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
- สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
- สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 25 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน **กองทุนประกันสังคม** กรณีทันตกรรม (สปส. 2-16) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบเสร็จรับเงินที่ขอเบิก จำนวน 1 ชุด
3. ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ใน
ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 ชุด
5. กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย จำนวน 1 ชุด
6. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือ
เดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ จำนวน 1 ชุด
และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง

7. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และ เลขที่บัญชีของผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ
โดยสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)
ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)
ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน)
และธนาคารธนาชาต จำกัด (มหาชน)
8. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นส่วนให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็น ต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ตามข้อ 2-4 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงที่ขอใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

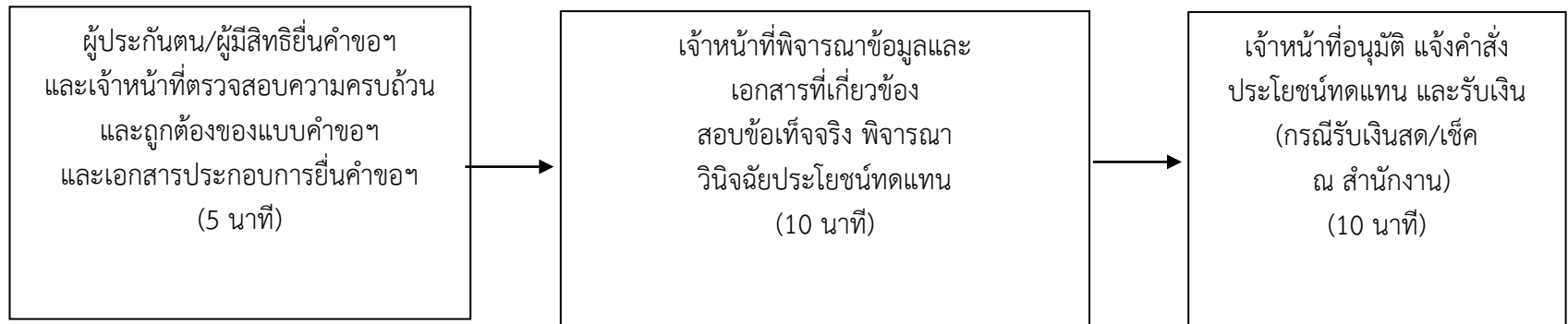
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300

กระบวนการงานการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีทันตกรรม



สรุป ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 25 นาที / เรื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม (สปส.2-16)