

# รับใช้สิทธิ ทำฟันฟรี! ปีต่อปีเท่านั้น

ทำฟันไม่ต้องจ่ายค่าวัสดุ ในสถานพยาบาลที่ติดธง  
"สถานพยาบาลแห่งนี้ให้บริการ  
ผู้ประกันตนกรณีทำฟัน"



# 1

**กรณีถอนฟัน ขูดฟัน ขุดหินปูนและผ่าฟันคุด**  
สามารถใช้สิทธิได้ ในอัตราไม่เกิน 900 บาท/ปี

# 2

**กรณีใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้บางส่วน**

- จำนวน 1-5 ซี่ เบิกได้ค่าที่จ่ายจริง ในวงเงินไม่เกิน 1,300 บาท
- จำนวนมากกว่า 5 ซี่ เบิกได้ค่าที่จ่ายจริง ในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท

# 3

**กรณีใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ทั้งปาก**

- ฟันปลอมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เบิกได้ค่าที่จ่ายจริง ในวงเงินไม่เกิน 2,400 บาท (ภายในระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียม)
- ฟันปลอมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เบิกได้ค่าที่จ่ายจริง ในวงเงินไม่เกิน 4,400 บาท (ภายในระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียม)



สอบถาม  
รายละเอียดเพิ่มเติม



สายด่วน  
24 ชั่วโมง

**1506**



[www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)

กรณีทันตกรรม จำนวน 900 บาท / ครั้ง / ปี

(ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าตัดฟันคุด และใส่ฟันเทียม)

ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวัน  
รับบริการทางการแพทย์

### หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์

1. การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทาง  
การแพทย์เท่าที่จ่ายจริง 900 บาท/ครั้ง/ปี
2. กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และ  
ค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี  
นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้
  - (ก) 1-5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,300 บาท
  - (ข) มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท
3. กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และ  
ค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 4,400 บาท ภายใน  
ระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้
  - (ก) ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงิน  
ไม่เกิน 2,400 บาท
  - (ข) ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงิน  
ไม่เกิน 4,400 บาท

### หลักฐานที่ต้องเตรียม มีดังนี้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม (สปส.2-16)
2. ใบรับรองแพทย์
3. ใบเสร็จรับเงิน
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้
5. เวชระเบียนของแพทย์ผู้รักษา(กรณีเบิกฟันปลอมฐานอคริลิก)
6. กรณีขอรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อ  
และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน

ที่มาข้อมูล : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

รายชื่อสถานพยาบาลทันตกรรม ในจังหวัดสงขลา ที่ได้ทำข้อตกลงกับประกันสังคม

ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า

(ถอนฟัน ขูดหินปูน ฝาฟันคุด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 900 บาท ต่อรายต่อปี)

ลำดับ	ชื่อสถานพยาบาล	ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์ร้าน
1	คลินิกทันตกรรมเขาแก้ว	13 หมู่ที่ 10 ต.เขารูปช้าง ถ.กาญจนวนิช อ.เมือง จ.สงขลา 90000	081-5997661	074-558566
2	ทพ.เรวัต-พญ.พีระนันท์ สหคลินิก	142/1 ถ.ทะเลหลวง ต.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา 90000	081-5409974	074-315217
3	คลินิกฟันนาม่วงทันตกรรม	107/1 ถ.หน้าสถานี อ.นาหม่อม จ.สงขลา 90140	089-4659390	-
4	คลินิกทันตกรรมเดนทัลแฟมิลี	14611 ถ.กาญจนวนิช อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	093-6890088	-
5	คลินิกทันตแพทย์ครชิต	95 ถ.ธรรมนุญวิถี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	081-2757516	074-261795
6	คลินิกทันตกรรมมีสุข	36 ถ.เพชรเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	093-6967952	-
7	คลินิกทันตกรรมหน้าอำเภอรัตภูมิ	256/1 ถ.ยนตรการกำธร อ.รัตภูมิ จ.สงขลา 90180	081-2757516	074-388565
8	ซีสไมล์เดนทัลคลินิก	160/6 ถ.ศุภสารรังสรรค์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	081-8984452	074-244308
9	คลินิกทันตแพทย์ไพฑูรย์	70 ถ.ศุภสารรังสรรค์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	081-5405424	074-237087
10	คลินิกทันตแพทย์ณัฐพล	134 ถ.กาญจนวนิช อ.สะเดา จ.สงขลา 90230	064-0644429	-
11	คลินิกทันตกรรมรสวรรณ	99/168 หมู่ที่ 10 ถ.กาญจนวนิช ต.เขารูปช้าง อ.เมือง จ.สงขลา	089-7761817	074-558228
12	คลินิกทันตกรรมนาทวีรักษ์ฟัน	8 หมู่ที่ 1 ถ.แปลงประดิษฐ์ ต.นาทวี อ.นาทวี จ.สงขลา	087-6200238	-
13	คลินิกทันตกรรมหอมมาร์ค	55/5 ถ.เกษตรชนันต์ ต.เทพา อ.เทพา จ.สงขลา	095-4320067	-
14	คลินิกทันตกรรมหมอไอ้ะ	14/43 ถ.ราษฎร์นิยม ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	098-8915694	090-6689993

15	คลินิกศูนย์ทันตกรรมช่องเขา	430 ถ.ศุภสารรังสรรค์ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	081-5411511	074-225025
16	คลินิกทันตกรรมปุณณกัณฑ์ทันตแพทย์	41/113 ปุณณกัณฑ์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	081-3286296	074-231899
17	คลินิกทันตกรรมปุณณกัณฑ์ทันตแพทย์ 2	612 ปุณณกัณฑ์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	084-6912696	081-3286296

ผู้ประกอบการ สามารถสังเกตคลินิกที่เข้าร่วมโครงการกับประกันสังคม ได้จากป้ายประชาสัมพันธ์หน้าคลินิก



ที่มาข้อมูล สำนักงานประกันสังคม



## 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

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์  
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



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน  
กรณีทันตกรรม (ใส่รากฟันเทียม)  
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. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....  
เลขที่บัญชี           ลำดับที่สาขา
3. ขอรับบริการกรณีทันตกรรมใส่รากฟันเทียม กรณี  ผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุและสูญเสียฟันทั้งปาก  
 ผู้ประกันตนอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไปและสูญเสียฟันทั้งปาก
4. ชื่อสถานพยาบาลที่ใส่รากฟันเทียม.....เลขที่ตั้ง..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการและข้าพเจ้ารับรองว่าจะเข้ารับบริการทันตกรรมรากฟันเทียมโดยตลอดจนครบกระบวนการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิหรือไม่เข้ารับบริการทันตกรรมรากฟันเทียมจนครบกระบวนการ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วันนับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

**เอกสารประกอบการยื่นคำขอ**

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน
- ใบรับรองแพทย์

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

**คำเตือน :** 1. ผู้ประกันตนประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม (ใส่รากฟันเทียม) ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ภายใน 90 วันหลังจากประกาศมีผลใช้บังคับ (ภายในวันที่ 1 เมษายน 2554)

2. ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

## ใบรับรองแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล .....

ตั้งอยู่เลขที่.....

ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิง .....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

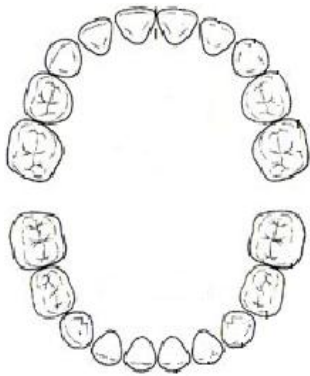
ขอรับรองว่าได้ตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว) .....

เข้ารับการตรวจเพื่อใส่รากฟันเทียม เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- กรณี  ผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุและสูญเสียฟันทั้งปาก  
 ผู้ประกันตนอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไปและสูญเสียฟันทั้งปาก

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขใส่รากฟันเทียม (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ผ่านหลักเกณฑ์ฯ)

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคระบบที่เป็นข้อห้ามของการผ่าตัด หรือการวางยาสลบ เช่น โรคเบาหวานที่ยังควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ที่มีปัญหาโรคเลือดไหลไม่หยุด ไม่มีโรคเกี่ยวกับการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น
- 2. มีสุขภาพช่องปากและอนามัยช่องปากดี ถ้ามีโรคเหงือกหรือโรคปริทันต์ ควรได้รับการรักษาก่อน
- 3. กระดูกในบริเวณที่จะฝังมีความหนาเพียงพอที่จะรองรับรากฟันเทียม และไม่เป็นโรคกระดูกพรุน
- 4. ไม่เคยรับการฉายรังสีรักษาบริเวณกระดูกขากรรไกรและลำคอ
- 5. มีทัศนคติที่ดีต่อการใส่ฟัน เข้าใจขั้นตอนการรักษา การใช้งานของรากฟันเทียม ตลอดจนสามารถดูแลรักษาฟันเทียมและอุปกรณ์ต่างๆ ได้



ตำแหน่งที่จะฝังรากฟันเทียม.....#.....

ความยาวของรากฟันเทียม.....#.....

ขนาดของรากฟันเทียม (Ø).....MM

ความเห็นอื่น ๆ

- สมควรได้รับการฝังรากฟันเทียม เหตุผล.....
- ไม่สมควรได้รับการฝังรากฟันเทียม เหตุผล.....

(ลงชื่อ).....ทันตแพทย์ผู้รักษาในโครงการรากฟันเทียม

(.....)

วันที่...../...../.....