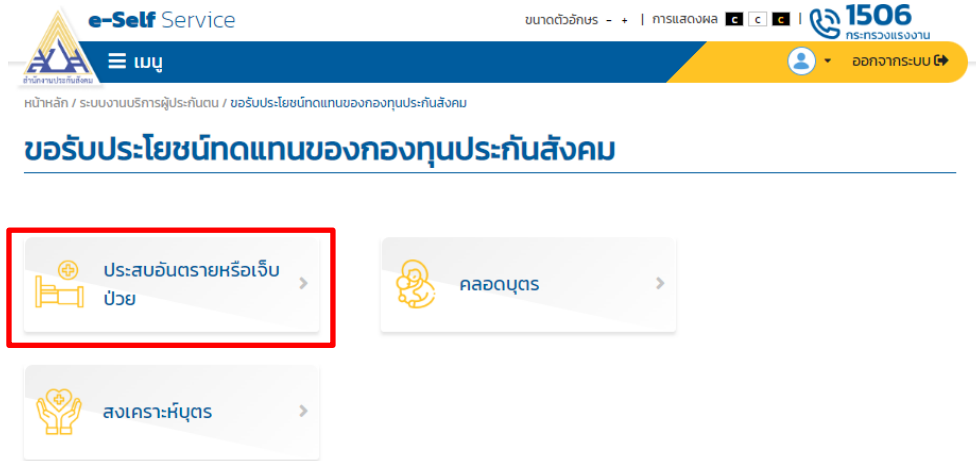


การยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

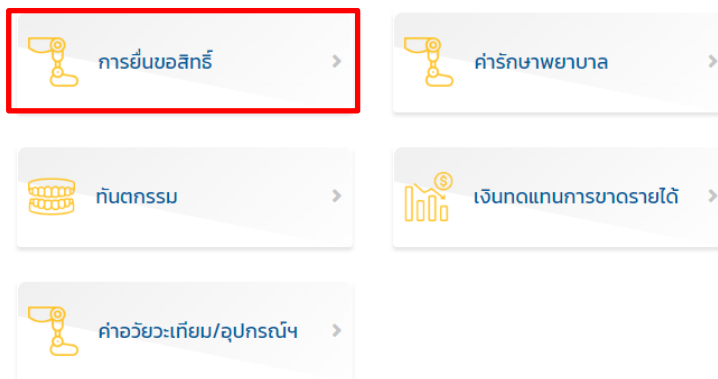
การขอยื่นสิทธิ : การบำบัดทดแทนไต

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



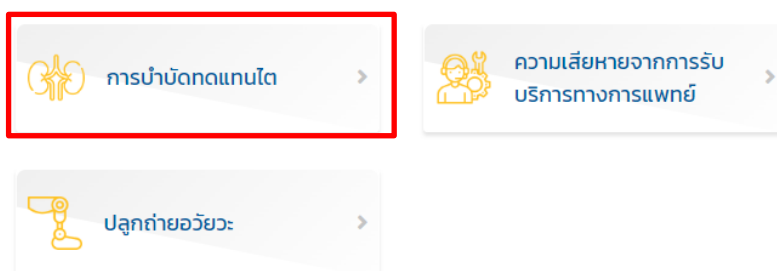
2. กดเลือก “การขอยื่นสิทธิ”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. กดเลือก “การบำบัดทดแทนไต”

การยื่นขอสิทธิ



4. เลือกประเภทการบำบัดทดแทนไต “การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” หรือ “การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร พร้อมด้วยการฉีดอีริโทรโพอิติน (Erythropoietin)” จากนั้นเลือกวันที่เข้ารับบริการ และกรอกหมายเลขโทรศัพท์

การบำบัดทดแทนไต

- ☒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร พร้อมด้วยการฉีดอีริโทรโพอิติน (Erythropoietin)

วันที่เข้ารับบริการ*

31/1/2566

หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

เพิ่มเบอร์โทรศัพท์

5. อัปโหลดหลักฐานเอกสารใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต ประวัติการรักษาหรือสำเนาเวชทะเบียน และเอกสารใบเสร็จรับเงิน (ถ้ามี) โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัปโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์ กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ *
Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร



อัปโหลดเอกสารแบบ: สำเนาเวชทะเบียน (ประวัติการรักษา) *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัปโหลดเอกสารแบบใบเสร็จรับเงิน (ถ้ามี)

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

เอา * ออก เปลี่ยนเป็น (ถ้ามี)

ตัวอย่างการรับเงินออก

6. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3 หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า ขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

6. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำรายการ : 27/03/2566

ประเภทข้อเบิก : ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (การนำบาดเจ็บทดแทน)

รูปแบบการนำบาดเจ็บทดแทน : การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร พร้อมด้วยการฉีดอีริธโรโปีติน (Erythropoietin)

วันที่เข้ารับบริการ : 09/03/2566

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2

ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : 70ซอย10ก.เทศบาลนครศรีนครินทร์ ต.ลาดยาว อ.จตุจักร จ.กรุงเทพมหานคร 10900

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

ตกลง

7. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”

เปลี่ยนข้อความ

บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ตกลง

สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว

โดยเจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับภายใน 7 วัน

ตกลง

8. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



บันทึกข้อมูล



ยืนยันการบันทึกข้อมูล



บันทึกสำเร็จ

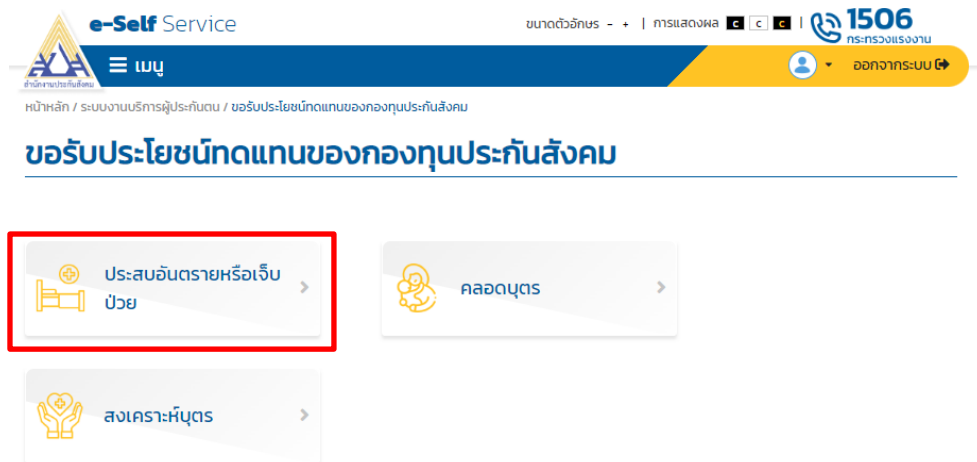
ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำการได้ผ่าน [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

กลับสู่หน้าจอหลัก

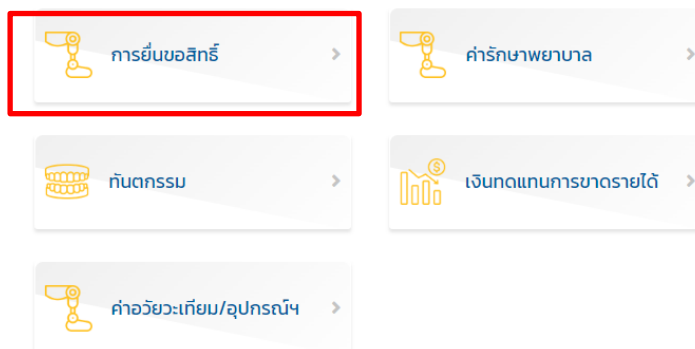
การขอคืนสิทธิ : ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



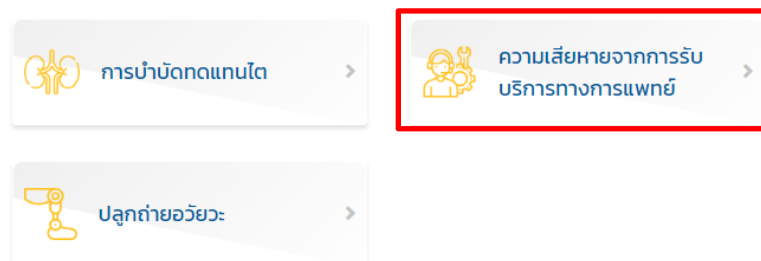
2. กดเลือก “การขอคืนสิทธิ”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. กดเลือก “ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์”

การยื่นขอสิทธิ



4. เลือกประเภทความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ และเลือกวันที่เข้ารับบริการ

คำรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

- ☒ เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต
- ☐ สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต
- ☐ บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

วันที่เข้ารับบริการ*

31/1/2566



หมายเลขโทรศัพท์*

0841111111

เพิ่มเบอร์โทรศัพท์

5. อัปโหลดเอกสารใบรับรองแพทย์และสำเนาเวชระเบียน(ประวัติการรักษา) โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัปโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์ *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



[รายละเอียดของการแนบเอกสาร](#)

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

อัปโหลดเอกสารแนบสำเนาเวชระเบียน (ประวัติการรักษา)

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



[รายละเอียดของการแนบเอกสาร](#)

สำเนาเวชระเบียน.pdf
15 KB

เพิ่มวงเล็บ

6. เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคาร และระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัปโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน * ธนาคาร * เลขที่บัญชี *

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) 057124565556

อัปโหลดเอกสารแบบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน * เลขประจำตัวประชาชน *

Promptpay

7. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3 หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้า ยินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้า ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ ถ้าเดือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

8. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำรายการ : 27/03/2566

ประเภทข้อบกพร่อง : ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์)

ประเภทความเสียหาย : เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต

วันที่เข้ารับบริการ : 20/03/2566

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี : 1101500491079

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3

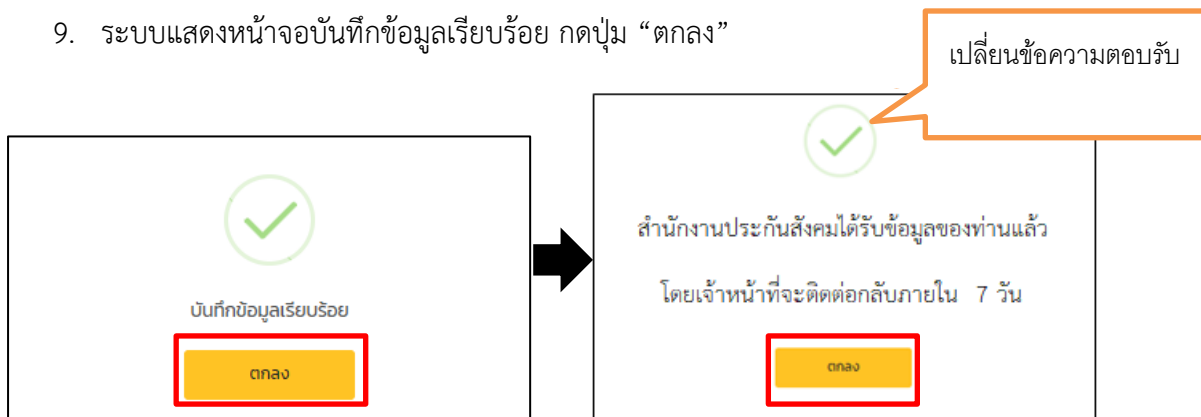
ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : บริเวณกระทรวงแรงงาน ถ.มิตรไมตรี ต.ดินแดง อ.ดินแดง จ.กรุงเทพมหานคร 10400

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

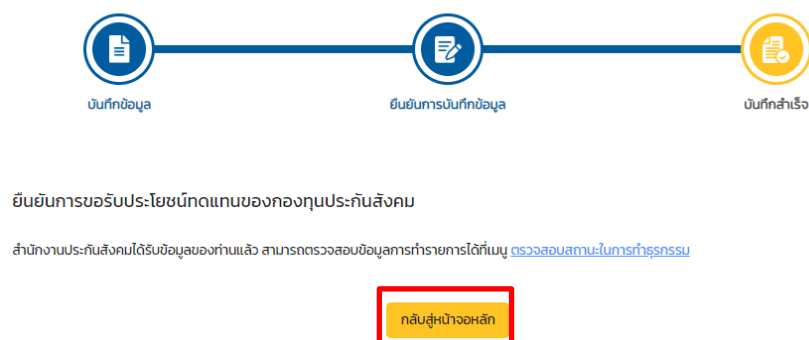
ตกลง

9. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”



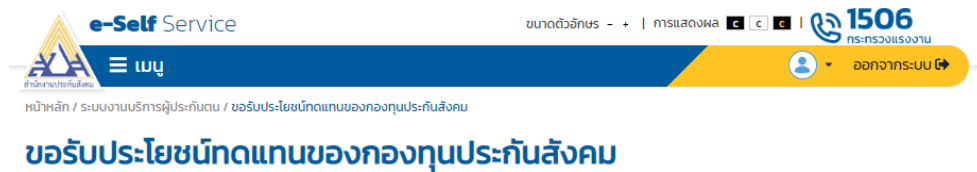
10. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมเรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



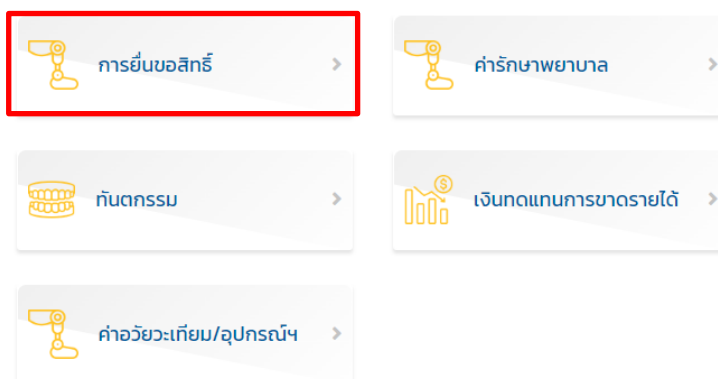
การขอคืนสิทธิ : ปลุกถ่ายอวัยวะ

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



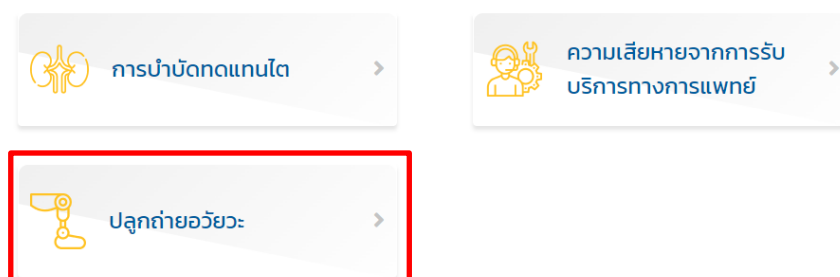
2. กดเลือก “การขอคืนสิทธิ”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. กดเลือก “ปลุกถ่ายอวัยวะ”

การยื่นขอสิทธิ



4. เลือกประเภท “ปลูกถ่ายอวัยวะ” ตามรายการดังตัวเลือก

—การปลูกถ่ายอวัยวะ

1. การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิ

-> ในรับรองแพทย์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิ

2. ปลูกถ่ายไขกระดูก

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

3. ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระเจตตา

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระเจตตา

4. ปลูกถ่ายไต

-> ในรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต (สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต)

5. ปลูกถ่ายหัวใจ

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

6. ปลูกถ่ายปอด

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

7. ปลูกถ่ายตับ

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

8. ปลูกถ่ายตับอ่อน

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

9. ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

-> ในรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย ขอเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน มากกว่า1 ยากดภูมิ

การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิ มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิ

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋เอนไซ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ: กระเจดก *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ: กระเจดก

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัฟโหลดเอกสารแบบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋เอนไซ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไต: กระเจดก *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไต: กระเจดก

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร



สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม
กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน
มีจำนวนทั้งสิ้น ๖ แห่ง ดังนี้

๑) โรงพยาบาลราชวิถี

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๒) โรงพยาบาลทหารบกเจริญ

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (อย่างเดียว)

๓) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับและไต

๔) โรงพยาบาลรามธิบดี

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๕) โรงพยาบาลศิริราช

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๖) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น

ปลุกถ่ายไขกระดูก มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลุกถ่ายไขกระดูก

ปลุกถ่ายอวัยวะ:

ปลุกถ่ายไขกระดูก

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลุกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลุกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อไน๋ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลุกถ่ายไขกระดูก *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลุกถ่ายไขกระดูก

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัฟโหลดเอกสารแบบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ปลุกถ่ายอวัยวะ:

ปลุกถ่ายไขกระดูก

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลุกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลุกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อไน๋ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลุกถ่ายไขกระดูก *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลุกถ่ายไขกระดูก

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น



สถานพยาบาลในบันทึกข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม
กรณีการปลุกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. โรงพยาบาลศิริราช
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. โรงพยาบาลสงฆ์รัตนบุรี
6. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น
7. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์
8. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
10. โรงพยาบาลหาดใหญ่
11. โรงพยาบาลขอนแก่น

ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*



เอาใจ๋อนไข * ออก

อัฟโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัฟโหลดเอกสารแนบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*



เอาใจ๋อนไข * ออก

อัฟโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น

สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีการผ่าตัด

เปลี่ยนอวัยวะกระจกตา มีจำนวนทั้งสิ้น 44 แห่ง ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
- 3) โรงพยาบาลมหาสารคามนครพนม
- 4) โรงพยาบาลรามคำแหง
- 5) โรงพยาบาลศิริราช
- 6) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 7) โรงพยาบาลศิริราช
- 8) โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
- 9) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- 10) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น
- 11) โรงพยาบาลราชวิถี
- 12) โรงพยาบาลราชบุรี
- 13) โรงพยาบาลมหาสารคามนครพนม
- 14) โรงพยาบาลชลบุรี
- 15) โรงพยาบาลอุดรธานี
- 16) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 17) โรงพยาบาลอุดรธานี
- 18) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
- 19) โรงพยาบาลทุ่งสง
- 20) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
- 21) โรงพยาบาลหาดใหญ่
- 22) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 23) โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า
- 24) โรงพยาบาลพระปกเกล้า
- 25) โรงพยาบาลนครปฐม
- 26) ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- 27) โรงพยาบาลสิรินธรพิษณุโลก
- 28) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- 29) โรงพยาบาลสิรินธรพิษณุโลก
- 30) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- 31) โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ
- 32) โรงพยาบาลพุทธโสธร
- 33) โรงพยาบาลพุทธชินราช
- 34) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- 35) โรงพยาบาลอุดรธานี
- 36) โรงพยาบาลสุพรรณบุรี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- 37) โรงพยาบาลขอนแก่น
- 38) โรงพยาบาลเพียงราชประชานุเคราะห์
- 39) โรงพยาบาลระยอง
- 40) โรงพยาบาลหนองคาย
- 41) โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
- 42) โรงพยาบาลทพทพทพทพท (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
- 43) โรงพยาบาลกลาง (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
- 44) โรงพยาบาลพระเทพธำรง (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

ปลูกถ่ายไต มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต (สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต)

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อไน๋ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

อัฟโหลดเอกสารแบบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

รายละเอียดของการดูแล

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อไน๋ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

เปลี่ยนเอกสารเป็น ใบรับรองแพทย์กรณี
ปลูกถ่ายไต (สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้
รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต)



สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม
กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต มีจำนวนทั้งสิ้น ๒๓ แห่ง ดังนี้

- ๑) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ๒) โรงพยาบาลตำรวจ
- ๓) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ๔) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- ๕) โรงพยาบาลราชวิถี
- ๖) โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ๗) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
- ๘) โรงพยาบาลศิริราช
- ๙) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- ๑๐) โรงพยาบาลชลบุรี
- ๑๑) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น
- ๑๒) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ๑๓) โรงพยาบาลพุทธชินราช
- ๑๔) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- ๑๕) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- ๑๖) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- ๑๗) โรงพยาบาลขอนแก่น
- ๑๘) โรงพยาบาลหาดใหญ่
- ๑๙) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธ
- ๒๐) โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
- ๒๑) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- ๒๒) โรงพยาบาลอุดรธานี
- ๒๓) โรงพยาบาลสระบุรี

Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น

ปลูกถ่ายหัวใจ มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

ปลูกถ่ายปอด มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อนใจ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัฟโหลดเอกสารแบบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อนใจ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

****Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น****



สถานการณ์ความตึงเครียดกับสถานการณ์สังคม
กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยว
มีจำนวนทั้งสิ้น ๖ แห่ง ดังนี้

- ๑) โรงพยาบาลราชวิถี
- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยว
- ๒) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (อย่างเดียว)
- ๓) โรงพยาบาลศิริราช
- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับและไต
- ๔) โรงพยาบาลรามาธิบดี
- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยว
- ๕) โรงพยาบาลอัสสัมชัญ
- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยว
- ๖) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยว

ปลูกถ่ายตับ มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

ปลูกถ่ายตับอ่อน มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

-> ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อไน * ออก

อัฟโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

Drag and drop file here (.doc, .docx, .xls, .pdf, .jpg, .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัฟโหลดเอกสารแนบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc, .docx, .xls, .pdf, .jpg, .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อไน * ออก

อัฟโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

Drag and drop file here (.doc, .docx, .xls, .pdf, .jpg, .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม
กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน
มีจำนวนทั้งสิ้น ๖ แห่ง ดังนี้

๑) โรงพยาบาลราชวิถี

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๒) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (อย่างเดียว)

๓) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับและไต

๔) โรงพยาบาลวชิราลงกรณ์

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๕) โรงพยาบาลศิริราช

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๖) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน มี 2 กรณี ตอบรับแล้ว/ยังไม่ตอบรับ

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่

- ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
- ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous Liver Kidney Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous Pancreas Kidney Transplantation of SPK)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ตอบรับแล้ว

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อนใจ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย ขอเข้ารับการดูแล หลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน มากกว่า 1 ชนิด *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย ขอเข้ารับการดูแล หลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน มากกว่า 1 ชนิด

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

อัฟโหลดเอกสารแบบใบตอบรับของโรงพยาบาล *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ปลูกถ่ายอวัยวะ:

ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่

- ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
- ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous Liver Kidney Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous Pancreas Kidney Transplantation of SPK)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการปลูกถ่ายอวัยวะ:

ชื่อสถานพยาบาลที่จะรับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)

การตอบรับจากสถานพยาบาล

ยังไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

เหตุที่ไม่ตอบรับ

วันที่เข้ารับบริการ*

เอาใจ๋อนใจ * ออก

อัฟโหลดเอกสารแบบใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย ขอเข้ารับการดูแล หลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน มากกว่า 1 ชนิด *

Template ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย ขอเข้ารับการดูแล หลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน มากกว่า 1 ชนิด

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร



สำนักงานปลัดกระทรวง

สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม
กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน
มีจำนวนทั้งสิ้น ๖ แห่ง ดังนี้

๑) โรงพยาบาลราชวิถี

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๒) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (อย่างเดียว)

๓) โรงพยาบาลศิริราช

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับและไต

๔) โรงพยาบาลรามคำแหง

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๕) โรงพยาบาลศิริราช

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๖) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

Template เพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น

ตัดวิธีการรับเงินออก

5. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกตั้งรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ **จังหวัดสมุทรปราการ** หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่ประสงค์ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่ประสงค์ดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

6. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำการ : 27/03/2566

ประเภทที่ขอเบิก : ประกันชดเชยหรือเงินบำนาญ (ปลูกถ่ายอวัยวะ)

ประเภทการปลูกถ่ายอวัยวะ : ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่

ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งพร้อมกัน ได้แก่ : ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ : cc

ชื่อสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังการผ่าตัด (เฉพาะกรณีที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว) : cc

การตอบรับจากสถานพยาบาล : 1

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3

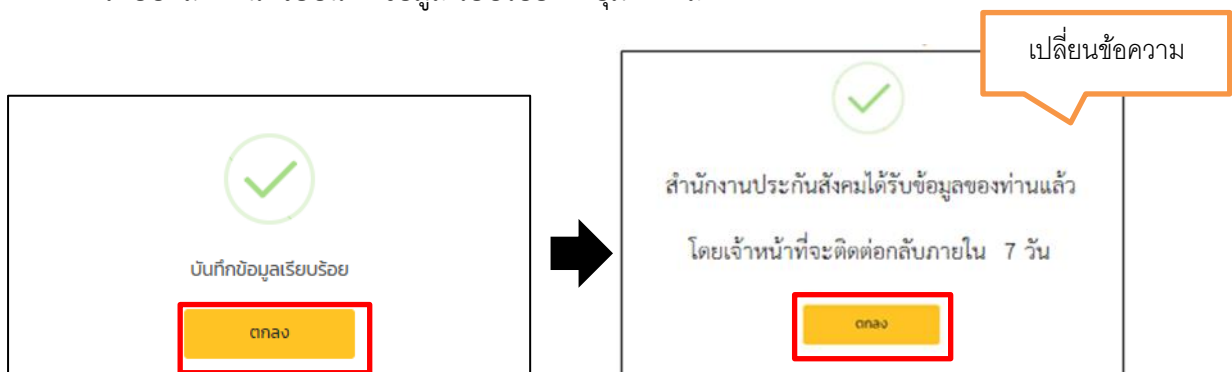
ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : บริเวณกระทรวงแรงงาน ถนนมิตรไมตรี ต.ดินแดง อ.ดินแดง จ.กรุงเทพมหานคร 10400

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

ตกลง

7. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”



8. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



บันทึกข้อมูล



ยืนยันการบันทึกข้อมูล



บันทึกสำเร็จ

ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

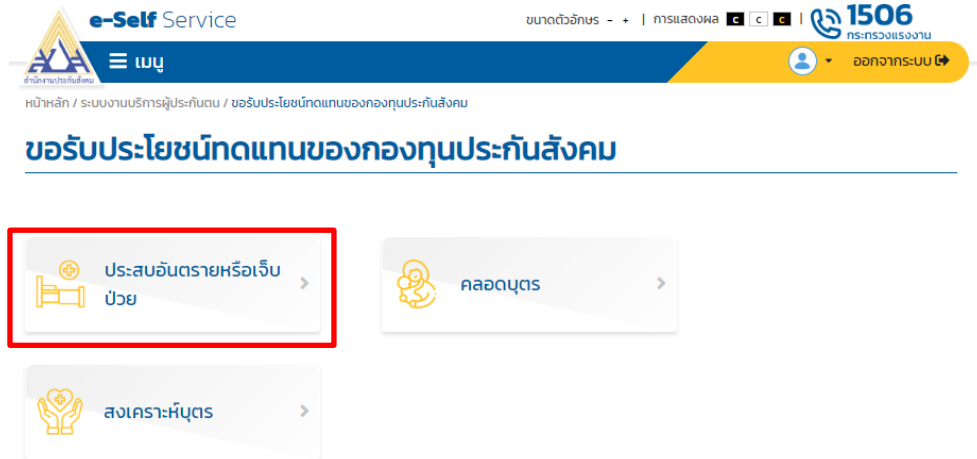
สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำการได้ที่เมนู [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

กลับสู่หน้าจอหลัก

*****เพิ่มเติม*****

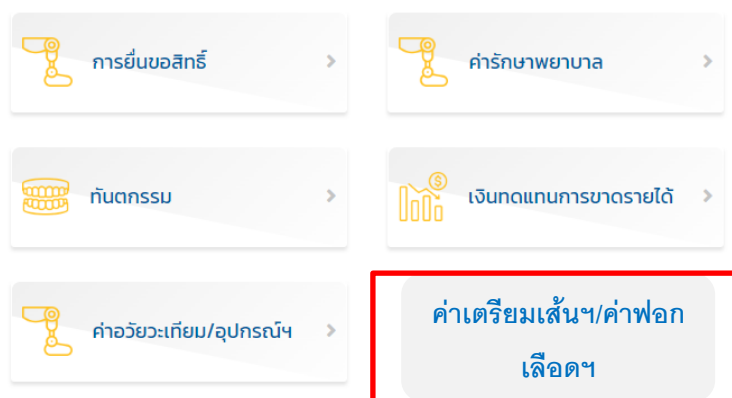
ค่าเตรียมเส้นฯ / ค่าฟอกเลื้อดฯ

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



2. กดเลือก “ค่าเตรียมเส้นฯ/ ค่าฟอกเลื้อดฯ”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



- เลือกประเภทค่าเตรียมเส้นฟอกเลือด / ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเลือกวันที่เข้ารับบริการ และกรอกเบอร์โทรศัพท์

ค่าเตรียมเส้นฟอกเลือด / ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไต

☒ ค่าเตรียมเส้นฟอกเลือด
 ☐ ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วันที่เข้ารับบริการ* 31/1/2566

หมายเลขโทรศัพท์* 0841111111

- อัพโหลดเอกสารใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงิน โดยหลังจากอัพโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัพโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์ *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



[รายละเอียดของการแนบเอกสาร](#)

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

อัพโหลดเอกสารแนบ: ใบเสร็จรับเงิน *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



[รายละเอียดของการแนบเอกสาร](#)

สำเนาเวชระเบียน.pdf
15 KB

แก้เป็น
ใบเสร็จรับเงิน

- เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคารและระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัพโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัพโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน * ธนาคาร * เลขที่บัญชี *

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) 057124565556

อัปโหลดเอกสารแบบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน * เลขประจำตัวประชาชน *

Promptpay

9. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3 หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้อีกครั้งต่อไปถ้าข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า ขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ ถ้าเดือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ บันทึก

10. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำรายการ : 27/03/2566

ประเภทข้อบกพร่อง : ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์)

ประเภทความเสียหาย : เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต

วันที่เข้ารับบริการ : 20/03/2566

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี : 1101500491079

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3

ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : บริเวณกระทรวงแรงงาน ถ.มิตรไมตรี ต.ดินแดง อ.ดินแดง จ.กรุงเทพมหานคร 10400

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

ตกลง

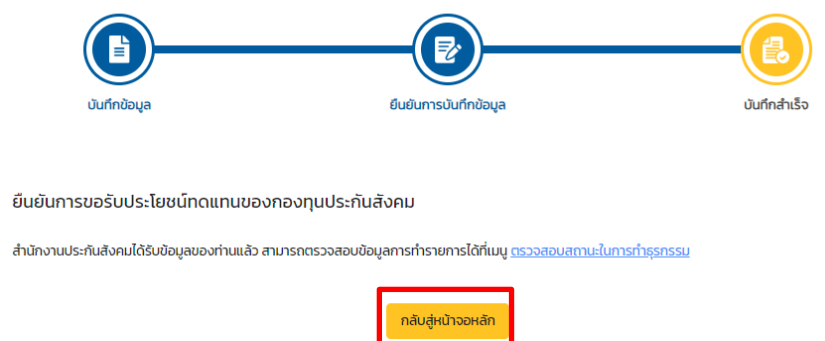
11. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”

บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ตกลง

12. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมเรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

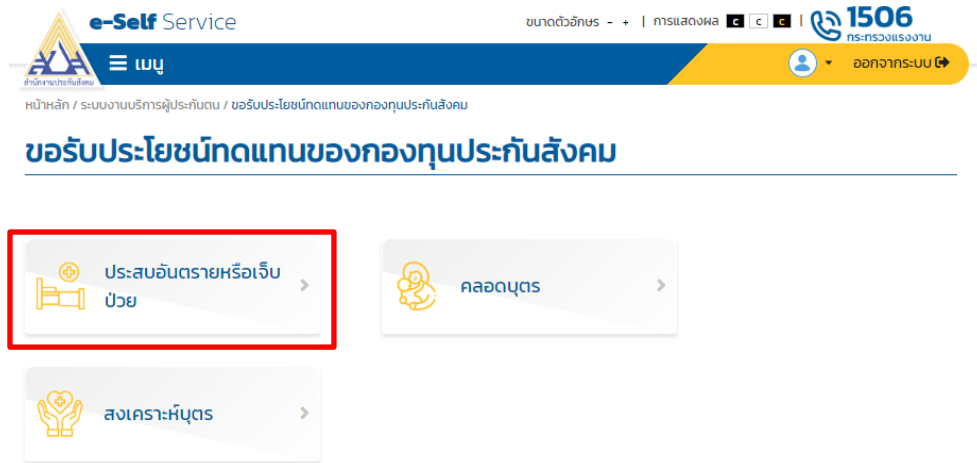
ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



กลับสู่หน้าจอหลัก

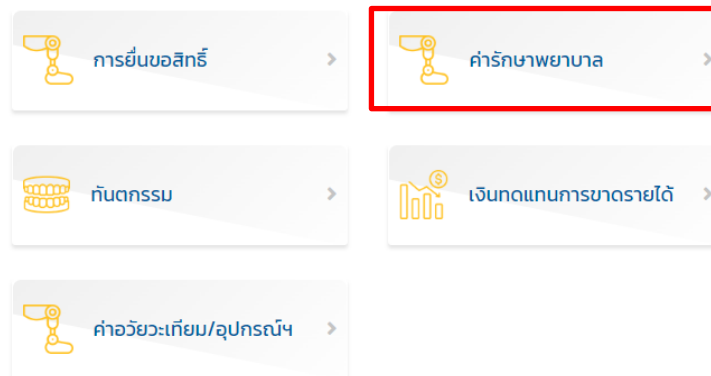
ค่ารักษาพยาบาล : ดอกเงิน/อุบัติเหตุ

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



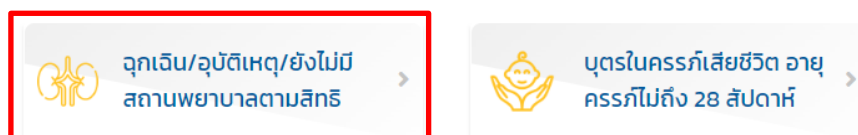
2. กดเลือก “ค่ารักษาพยาบาล”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. กดเลือก “ดอกเงิน/อุบัติเหตุ/ยังไม่มีสถานพยาบาลตามสิทธิ”

ค่ารักษาพยาบาล



4. กรอกจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน โดยระบุเป็นทศนิยม 2 ตำแหน่ง และกรอกชื่อสถานพยาบาลและเหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามสิทธิ จากนั้นเลือกวันที่เข้ารับบริการและกรอกหมายเลขโทรศัพท์ เพื่อใช้ในการติดต่อ

ฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน *

15000.50 บาท

ชื่อสถานพยาบาล

โรงพยาบาลทดสอบระบบ

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามสิทธิ *

ทดสอบระบบ

วันที่เข้ารับบริการ * 1/2/2566

หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

เพิ่มเงินไข *

เพิ่มเบอร์โทรศัพท์

5. อัปโหลดเอกสารแนบ “ใบรับรองแพทย์” “ใบเสร็จรับเงิน” และ “เอกสารประวัติการรักษา (ถ้ามี)” โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัปโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์ *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

? รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

อัปโหลดเอกสารแนบใบเสร็จรับเงิน *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

? รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ใบเสร็จรับเงิน.pdf
15 KB

6. เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคาร และระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัปโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน * ธนาคาร * เลขที่บัญชี *

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) 057124565556

อัปโหลดเอกสารแบบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน * เลขประจำตัวประชาชน *

Promptpay

7. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ [จังหวัดสมุทรปราการ](#) หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

จังหวัดสมุทรปราการ

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่ประสงค์ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่ประสงค์ดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

8. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำรายการ : 02/02/2566

ประเภทที่ขอเบิก : ประสบันตรายหรือเจ็บป่วย (ฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ)

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน : 15000.50

ชื่อสถานพยาบาล : โรงพยาบาลกุดสอระบบ

เหตุที่ไม่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิฯ : กุดสอระบบ

วันที่เข้ารับบริการ : 01/02/2566

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี :

ข้อมูลของงานจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : จังหวัดสมุทรปราการ

ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : 1632 หมู่4 ถนนเทพารักษ์ อำเภอเมือง อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10270


หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

หมายเหตุ กรุณาส่งเอกสารใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินมาทางไปรษณีย์ ณ สำนักงานประกันสังคมตามที่ระบุ

ย้อนกลับ

ตกลง

9. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”



บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ตกลง

10. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมเรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



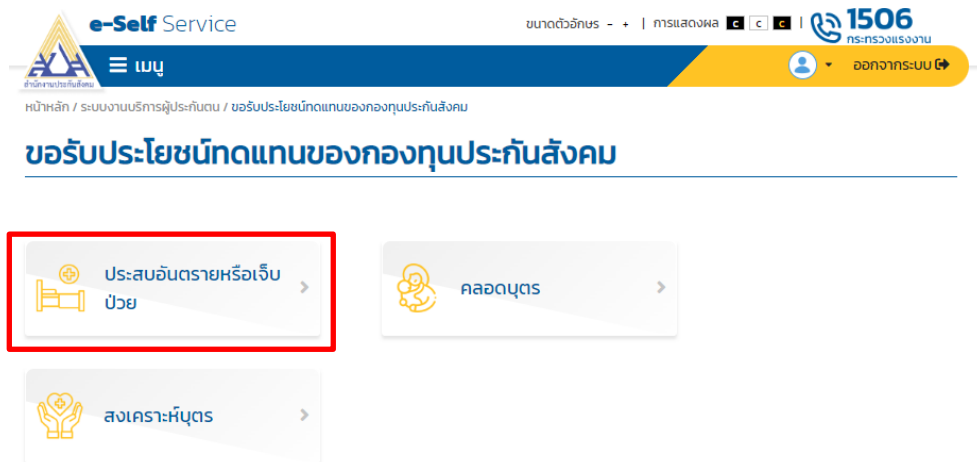
ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำรายการได้ที่เมนู [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

กลับสู่หน้าจอหลัก

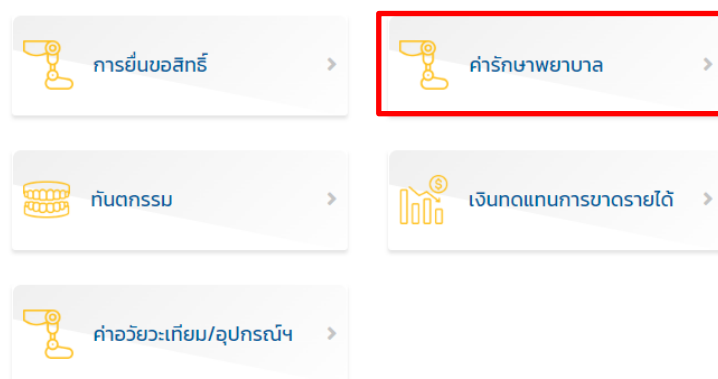
ค่ารักษาพยาบาล : บุตรในครรภ์เสียชีวิต กรณีที่อายุครรภ์ไม่ถึง 28 สัปดาห์

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



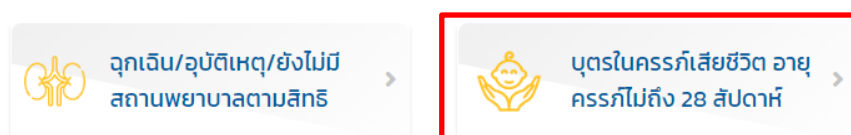
2. กดเลือก “ค่ารักษาพยาบาล”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. กดเลือก “บุตรในครรภ์เสียชีวิต กรณีที่อายุครรภ์ไม่ถึง 28 สัปดาห์”

ค่ารักษาพยาบาล



4. กดเลือกวันที่เข้ารับบริการ กรอกข้อมูลอายุครรภ์และกรอกหมายเลขโทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ

คลอดบุตร กรณีเบิกค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ

☒ ค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ [\(รายละเอียดของการได้รับผลประโยชน์\)](#)

วันที่เข้ารับบริการ* 2/2/2566

อายุครรภ์

12

สัปดาห์

6

วัน

หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

5. อัปโหลดเอกสาร“ใบรับรองแพทย์” และ “ใบเสร็จรับเงิน” โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัปโหลดเอกสารแนบใบรับรองแพทย์ *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



[รายละเอียดของการแนบเอกสาร](#)

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

อัปโหลดเอกสารแนบใบเสร็จรับเงิน *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)

or

เลือกไฟล์

ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



[รายละเอียดของการแนบเอกสาร](#)

ใบเสร็จรับเงิน.pdf
15 KB

6. เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคารและระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัปโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน * ธนาคาร * เลขที่บัญชี *

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) 057124565556

อัปโหลดเอกสารแบบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน * เลขประจำตัวประชาชน *

Promptpay

7. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ [จังหวัดสมุทรปราการ](#) หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

จังหวัดสมุทรปราการ

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่ประสงค์ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่ประสงค์ดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

8. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำการ : 03/02/2566

ประเภทที่ขอเบิก : ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (บุตรในครรภ์เสียชีวิต กรณีที่อายุครรภ์ไม่ถึง 28 สัปดาห์)

วันที่เข้ารับบริการ : 02/02/2566

อายุครรภ์ : 12 สัปดาห์ 6 วัน

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี :

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : จังหวัดสมุทรปราการ

ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : 1632 หมู่4 ถนนเทพารักษ์ อำเภอเมือง อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10270

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

ตกลง

9. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”

บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ตกลง

10. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมเรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

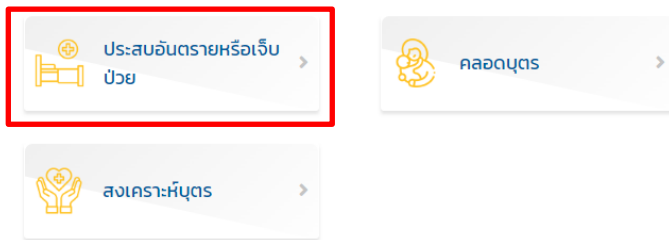
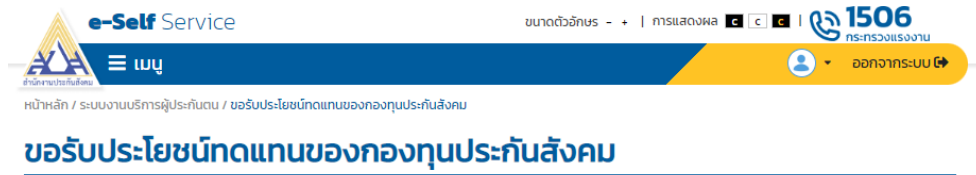
สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำการได้เมนู [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

กลับสู่หน้าจอหลัก

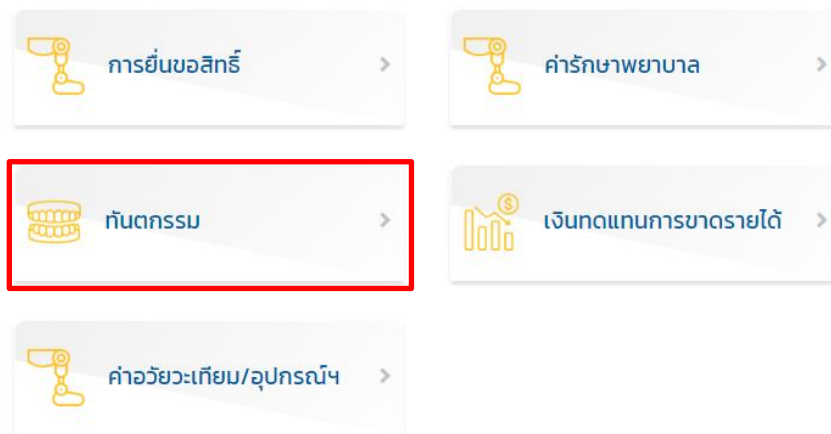
ทันตกรรม

ขอแก้ไขผ่านระบบ
Edenta

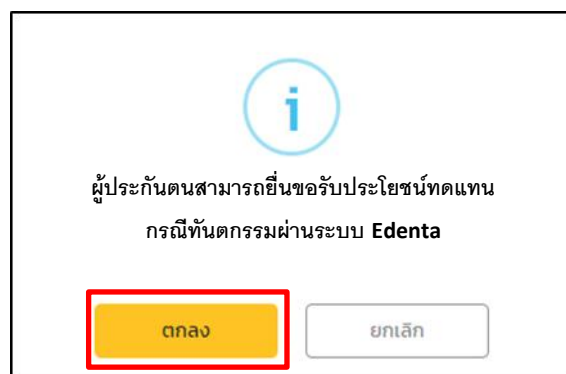
1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”




2. กดเลือก “ทันตกรรม”



3. ระบบจะนำไปยังระบบ Edenta : <https://edentu.sso.go.th/>



4. ผู้ประกันตนสามารถทำธุรกรรมผ่านระบบ Edenta

ระบบจ่ายสิทธิประโยชน์ทดแทน

หน้าหลัก MAIN

→ บันทึกรับแจ้ง กรณีทันตกรรม

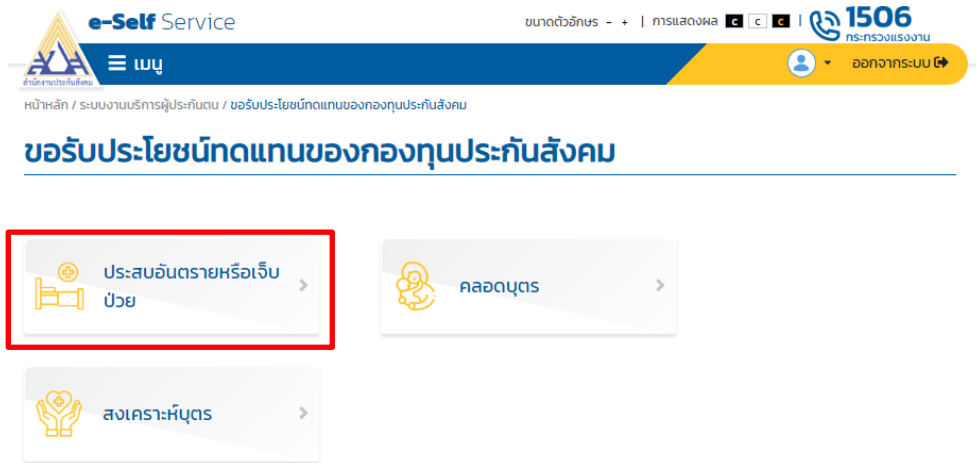
→ สอบถาม/ยกเลิก/เปลี่ยนวิธีรับสิทธิ รับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทันตกรรม

→ บันทึก/แก้ไข เบอร์โทรศัพท์ของผู้ประกันตน

→ คลิกที่นี่ คู่มือการใช้งานสำหรับผู้ประกันตน

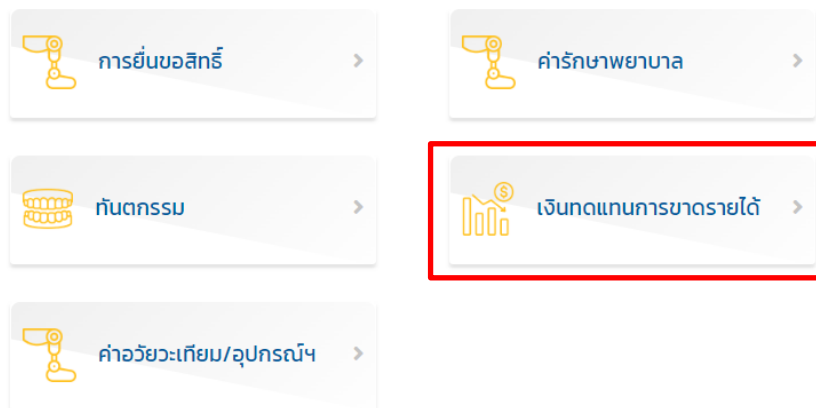
เงินทดแทนการขาดรายได้

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



2. กดเลือก “เงินทดแทนการขาดรายได้”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. เลือกประเภทการขาดรายได้

3.1 กรณีขาดรายได้จากการพอกไต เลือกประเภท “เงินทดแทนจากการพอกไต” และเลือกวันที่เข้ารับบริการพอกไต จากนั้นกรอกหมายเลขโทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ

ประเภทการเบิก

☒ เงินทดแทนจากการพอกไต

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้อื่นๆ

วันที่เข้ารับบริการ

3/2/2566



หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

3.2 กรณีขาดรายได้อื่นๆ เช่น กรณีขาดรายได้จากการหยุดงาน เลือกประเภท “เงินทดแทนการขาดรายได้อื่นๆ” และเลือกตั้งแต่วันที่หยุดงานเริ่มต้นถึงวันที่หยุดสิ้นสุด จากนั้นเลือกวันที่กลับเข้าทำงาน จากนั้นกรอกหมายเลขโทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ

ประเภทการเบิก

☐ เงินทดแทนจากการพอกไต

☒ เงินทดแทนการขาดรายได้อื่นๆ

ตั้งแต่วันที่

2/1/2566



ถึง

6/1/2566



กลับเข้าทำงานวันที่

13/2/2566



หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

4. อัปโหลดเอกสาร “ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ระบุให้หยุดงาน” “เอกสารแนบหนังสือรับรองของนายจ้าง” และเอกสารสถิติวันลา (ถ้ามี) โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัปโหลดเอกสารแนบใบรับรอง **ที่แพทย์ระบุให้หยุดงาน *** แก้ไขข้อความ

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

? รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

อัปโหลดเอกสารแนบหนังสือรับรองของนายจ้าง ***** แก้ไขข้อความ

Template หนังสือรับรองของนายจ้าง

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

? รายละเอียดของการแนบเอกสาร

หนังสือรับรองของนายจ้าง.pdf
15 KB

อัปโหลด **สถิติวันลา (ถ้ามี)** แก้ไขข้อความ

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

? รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

เพิ่ม template
หนังสือรับรองของนายจ้าง

5. เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคารและระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัปโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน ***** ธนาคาร ***** เลขที่บัญชี *****

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น) ▼ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ▼ 057124565556

อัปโหลดเอกสารแนบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *****

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน *

เลขประจำตัวประชาชน *

Promptpay

6. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ [จังหวัดสมุทรปราการ](#) หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

จังหวัดสมุทรปราการ

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่สิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่สิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

7. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำรายการ : 03/02/2566

ประเภทที่ขอเบิก :

จำนวนเงินตามใบ

ชื่อสถานพยาบาล

ประเภทการเบิก : บุณยทดแทน ประกันสังคม

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี :

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : จังหวัดสมุทรปราการ

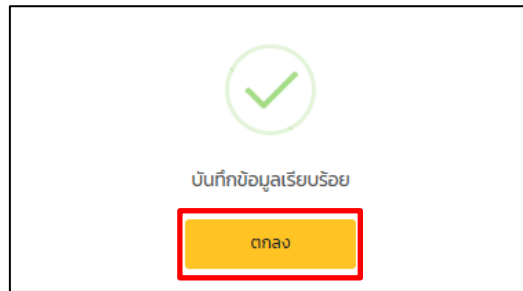
ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : 1632 หมู่4 ถนนเทพารักษ์ อำเภอเมือง อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10270

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

ตกลง

8. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”



9. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



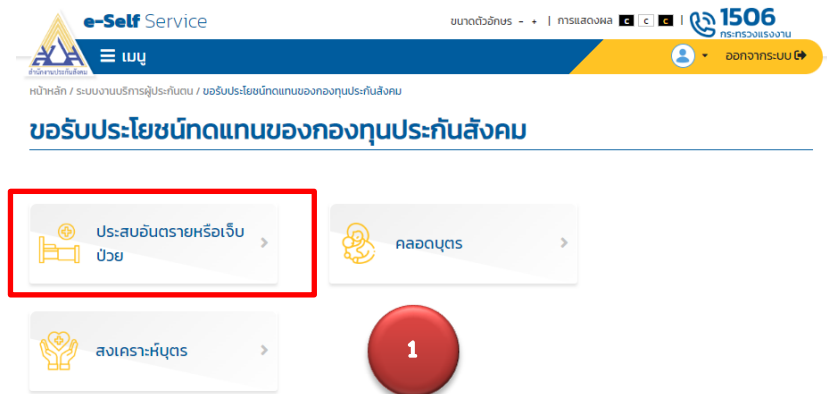
ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำการได้เมนู [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

กลับสู่หน้าจอหลัก

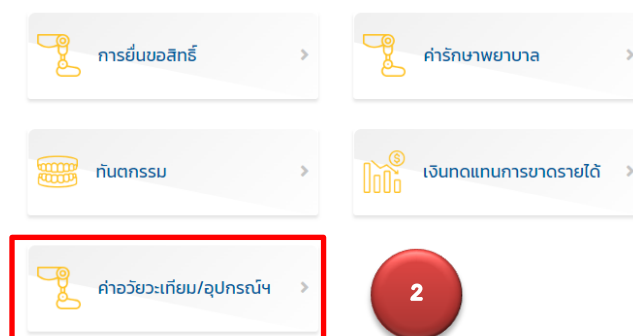
ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดรักษาโรค

1. กดเลือก “ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย”



2. กดเลือก “ค่าอวัยวะ/อุปกรณ์ฯ”

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



3. ประเภทการเบิก “เลือกชนิด/ประเภท” อวัยวะหรืออุปกรณ์โลหะ จากนั้นระบุจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน โดยระบุเป็นทศนิยม 2 ตำแหน่ง จากนั้นเลือกวันที่เข้ารับบริการ และกรอกหมายเลขโทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ

ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ

เปลี่ยนค่า “ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดรักษาโรค”

ประเภทการเบิก

ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ

ชนิด / ประเภท

กรอกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน

xxx.xx บาท

วันที่เข้ารับบริการ*

หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม

ลำดับที่	ชื่อชนิด / ประเภท	
1	โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็กขีดยาวไม่มีข้อเท้า	เลือก
2	โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อศอก และข้อศอกเด็ก	เลือก
3	พลาสติกดามขาเด็กเล็กขีดยาวมีข้อเท้าเลือกได้	เลือก
4	พลาสติกดามขาเด็กเล็กขีดยาวมีข้อเท้าเลือกได้	เลือก
5	พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางขีดยาวมีข้อเท้าเลือกได้	เลือก
6	โลหะดามขาเด็กขนาดกลางขีดยาวมีข้อเท้าเลือกได้	เลือก
7	โลหะดามขาขนาดใหญ่ขีดยาวมีข้อเท้าเลือกได้	เลือก
8	โลหะดามขาขนาดใหญ่ขีดยาวมีข้อเท้าเลือกได้	เลือก
9	เข่ารับน้ำหนักที่เข่าสะบ้า (PTB)	เลือก
10	พลาสติกดามขาเด็กเล็กขีดยาวสั้น (กันเข่าตก)	เลือก
11	พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเข่าตก)	เลือก
12	พลาสติกดามขาขีดยาวสั้นขนาดใหญ่ (กันเข่าตก)	เลือก
13	พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis)	เลือก
14	สายรัดกันเข่าตก	เลือก
15	สายคล้องแขนแบบโหล่หลุด	เลือก
16	สายคล้องแขน (Arm sling)	เลือก
17	อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	เลือก
18	อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	เลือก
19	แผ่นโลหะ/พลาสติกบ่งคับเชิงกรานเด็ก	เลือก
20	แผ่นโลหะบ่งคับเชิงกรานผู้ใหญ่	เลือก
21	อุปกรณ์พยุงสันหลังและฝ่าเท้าขีดยาวสำหรับโครงรูป	เลือก
22	อุปกรณ์พยุงสันหลังและฝ่าเท้าขีดยาวสำหรับโครงรูปเฉพาะราย	เลือก
23	อุปกรณ์พยุงสันหลังและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานขีดยาวสำหรับโครงรูปเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)	เลือก

10 20 50

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
(กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน)

ใช้ประกาศมี 3 ฉบับ ต่างที่วันที่มีผลบังคับใช้

4. อัปโหลดเอกสาร “ใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยวดยาน/อุปกรณ์” และ “ใบเสร็จรับเงิน” โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

อัปโหลดเอกสารใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยวดยาน/อุปกรณ์ *

แก้ไขชื่อเอกสาร

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ใบรับรองแพทย์.pdf
15 KB

อัปโหลดเอกสารแบบใบเสร็จรับเงิน *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB



รายละเอียดของการแนบเอกสาร

ใบเสร็จรับเงิน.pdf
15 KB

5. เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคาร และระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัปโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน *

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)

ธนาคาร *

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี *

057124565556

อัปโหลดเอกสารแบบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน *

Promptpay

เลขประจำตัวประชาชน *

6. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ **จังหวัดสมุทรปราการ** หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

จังหวัดสมุทรปราการ

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่ได้รับสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

7. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำการ : 03/02/2566

ประเภทที่ขอเบิก : ประสบนายหรือเจ็บป่วย (ค่ารักษาพยาบาล/อุปกรณ์)

ชนิด/ประเภทอุปกรณ์ : เฝ้าน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน : 1500.50

วันที่เข้ารับบริการ : 02/02/2566

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี :

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : สาขาบางบัวทอง

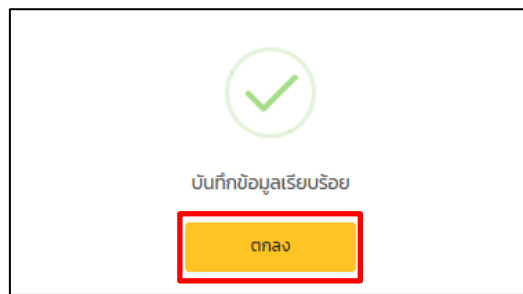
ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : อ.เวสตัดอินคอมเพล็กซ์ ชั้น 7 222-222/1-2 ต.บางรักใหญ่ อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

ย้อนกลับ

ตกลง

8. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อย กดปุ่ม “ตกลง”



9. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำการได้เมนู [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

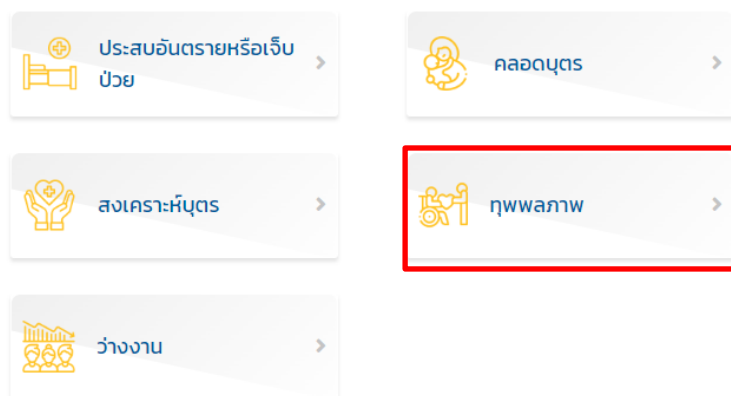
กลับสู่หน้าจอหลัก

การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมทุพพลภาพ

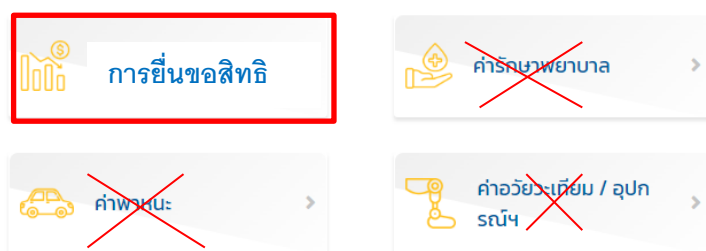
การยื่นขอสิทธิทุพพลภาพ

1. กดเลือก “ทุพพลภาพ”

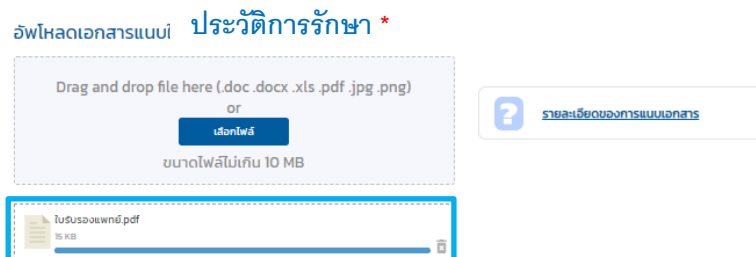
ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



2. กดเลือก “ยื่นขอสิทธิ”



3. อัปโหลดเอกสาร “ประวัติการรักษา” , “แบบประเมินทุพพลภาพ” , “รูปถ่าย (สภาพร่างกายปัจจุบัน)” , “แผนที่ (จากสำนักงานประกันสังคมไปยังบ้านของผู้ประกันตน)” และกรอกเบอร์โทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป



อัปโหลดเอกสารแนบ **รูปถ่าย (สภาพร่างกายปัจจุบัน) ***

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

รูปประกอบแพทย์.pdf
15 KB

อัปโหลดเอกสารแนบ **แผนที่ (จากสำนักงานประกันสังคมไปยังบ้านของผู้ประกันตน) ***

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

?

รายละเอียดของการแนบเอกสาร

รูปประกอบแพทย์.pdf
15 KB

หมายเลขโทรศัพท์ *

0841111111

4. เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น)” ให้เลือกธนาคาร และระบุเลขที่บัญชีธนาคาร จากนั้นอัปโหลดสมุดบัญชี โดยหลังจากอัปโหลดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีชื่อไฟล์และแถบสีน้ำเงินขึ้นดังรูป

ช่องทางการรับเงิน *

ธนาคาร *

เลขที่บัญชี *

โอนผ่านบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์เท่านั้น) ▼

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ▼

057124565556

อัปโหลดเอกสารแนบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร *

Drag and drop file here (.doc .docx .xls .pdf .jpg .png)
or
เลือกไฟล์
ขนาดไฟล์ไม่เกิน 10 MB

สมุดบัญชีธนาคาร.pdf
15 KB

หรือ เลือกวิธีการรับเงินผ่านช่องทาง “Promptpay” ด้วยเลขบัตรประชาชน ระบบจะกรอกเลขประจำตัวประชาชนโดยอัตโนมัติ

ช่องทางการรับเงิน *

Promptpay ▼

เลขประจำตัวประชาชน *

5. เลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ โดยระบบจะระบุสำนักงานประกันสังคมตามสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนสังกัด แต่หากผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบสามารถเลือกดังรูป หลังจากนั้นกด ☒ เพื่อยอมรับเงื่อนไขการรับบริการ และกดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกการทำธุรกรรม

สำนักงานประกันสังคมที่ท่านเลือกรับบริการคือ **จังหวัดลำพูน** หรือกรุณาเลือกสำนักงานประกันสังคมที่ท่านสะดวกรับบริการ

จังหวัดลำพูน

▼

- ☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าว ตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ สงสัยแก่งกองทุน ประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้
- ☒ คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ย้อนกลับ

บันทึก

6. ตรวจสอบสรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน จากนั้นกด “บันทึก” เพื่อยืนยันข้อมูล

สรุปข้อมูลการขอรับประโยชน์ทดแทน

วันที่ทำรายการ : 03/02/2566

ประเภทที่ขอเบิก : ทุพพลภาพ (เงินทดแทนการขาดรายได้)

ช่องทางการรับเงิน : Promptpay

เลขที่บัญชี :

ข้อมูลของท่านจะถูกบันทึกในระบบ และสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานประกันสังคม : จังหวัดลำพูน

ที่อยู่สำนักงานประกันสังคม : 164 หมู่ 10 อาคารศูนย์ราชการกระทรวงแรงงานฯ ต.บ้านกลาง อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน 51000

หมายเลขโทรศัพท์ : 1506

03/02/2566

ย้อนกลับ

ตกลง

7. ระบบแสดงหน้าจอบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ตกลง”



8. ระบบแสดงหน้าจอ ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เรียบร้อยแล้ว กดปุ่มเมนู “กลับสู่หน้าจอหลัก” เพื่อกลับสู่หน้าจอหลัก

ขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม



ยืนยันการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมได้รับข้อมูลของท่านแล้ว สามารถตรวจสอบข้อมูลการทำการได้เมนู [ตรวจสอบสถานะในการทำธุรกรรม](#)

กลับสู่หน้าจอหลัก