



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๕๕๕
วันที่ ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๐
เวลา ๑๕.๐๐

ที่ อย ๐๐๓๐/๑๖๓๕

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ถนนสายเอเชีย อย ๑๓๐๐๐

✓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
รับเลขที่ ๑๕๒
วันที่ ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๐
เวลา ๑๕.๐๐

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องรับสมัครสถานพยาบาลเพื่อทำข้อตกลงให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ประจำปี ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐
 ๒. ใบสมัครเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม แก่ผู้ประกันตน ประจำปี ๒๕๖๐
 ๓. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙

ด้วยสำนักงานประกันสังคม มีความประสงค์ที่จะรับสมัครสถานพยาบาล/คลินิกที่ให้บริการทางด้านทันตกรรมเพิ่มเติม เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้รับการติดต่อประสานจากสถานพยาบาล/คลินิก ประสงค์ที่จะเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในความตกลงดังกล่าว ประกอบกับยังมีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้ใช้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมโดยไม่ต้องสำรองจ่ายตามโครงการฯ อีกเป็นจำนวนมาก จึงเห็นควรเปิดรับสมัครสถานพยาบาลโดยไม่กำหนดระยะเวลาการปิดรับสมัคร สำนักงานประกันสังคมจึงได้มีประกาศรับสมัครสถานพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาล/คลินิก สามารถยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและสาขาอุทัย ที่สถานพยาบาล/คลินิกตั้งอยู่ ในวันและเวลาราชการ หากเป็นคลินิกที่ตั้งอยู่ใน ๓ อำเภอ คือ วังน้อย อุทัย ภาชี ให้ติดต่อ ณ สำนักงานประกันสังคมฯ สาขาอุทัย

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขอส่งประกาศสำนักงานประกันสังคม ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ และใบสมัครเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๐ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้สถานพยาบาลด้านทันตกรรมในเขตพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีคุณสมบัติดังกล่าว ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย พร้อมยื่นใบสมัครและเอกสารหลักฐาน ณ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและสาขาอุทัย ตามเขตพื้นที่ในความรับผิดชอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

พันเอก
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเสริฐ ตั้งจิตรธรรม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (ราชชนนีนาถ) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(นางจิตรา ธโนดม)

ประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๑๕ ก.พ. ๒๕๖๐
งานสิทธิประโยชน์

โทร. ๐ ๓๕๓๓ ๕๘๗๑ ต่อ ๑๐๑ - ๑๐๗

โทรสาร ๐ ๓๕๓๓ ๖๒๕๑

เวียน นพ.สส.

- ๒ที่อำนวยการ

- ๖ที่อำนวยการ

๑๕ ก.พ. ๖๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑๔) (ก) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

“(๑๔) ทันทกรรม ยกเว้น

(ก) การถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในอัตราไม่เกินเก้าร้อยบาทต่อปี

ในกรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลง
กับสำนักงาน ให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลเฉพาะที่นอกเหนือจากอัตรา
ที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามวรรคสองมีสิทธิขอรับค่าบริการทางการแพทย์
ไม่เกินอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง”

ข้อ ๓ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙
อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับอยู่เพียงใด ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นั้นต่อไป
จนครบตามสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายชาติริ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์



สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่รับ

หน่วยงาน

วันที่รับ.....

เวลา.....น.

ใบสมัครเป็นสถานพยาบาล
เพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อสถานพยาบาล/คลินิก.....

รหัสสถานพยาบาลที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)

ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

๒. สังกัดสถานพยาบาล

รัฐบาล ระบุกระทรวง..... สังกัดย่อย

เอกชน

๓. ณ วันสมัคร เป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม

ไม่เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลสถานพยาบาล

๑. สำหรับสถานพยาบาลของเอกชน

๑.๑ ชื่อจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีที่สถานพยาบาลเป็นนิติบุคคล)

ห้างหุ้นส่วนจำกัด.....

บริษัทจำกัด.....

มูลนิธิ.....

๑.๒ ใบอนุญาตของสถานพยาบาล

- (๑) ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่
- (๒) ชื่อผู้ประกอบการ.....
- (๓) ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
- (๔) วัน/เวลาเปิดทำการ.....
๒. มีหน่วยทำฟัน (ยูนิตทำฟัน) ทั้งหมด มีจำนวน ตัว
๓. จำนวนทันตแพทย์ (แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมทุกคน)
- (๑) ทันตแพทย์ทั้งหมด..... คน
- (๒) ทันตแพทย์ประจำ..... คน
๔. มีเครื่องเอกซเรย์ฟัน จำนวน..... เครื่อง
๕. มีเครื่อง Autoclave จำนวน..... เครื่อง

ส่วนที่ ๓ เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณารับสมัคร

๑. ใบสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน
๒. หนังสือมอบอำนาจ ให้ผู้รับมอบอำนาจลงนามในใบสมัครเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน และติดอากรแสตมป์ให้เรียบร้อย พร้อมด้วยสำเนาบัตรประจำตัวประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
๓. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลพร้อมวัตถุประสงค์ฉบับปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเป็นนิติบุคคล)
๔. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับเป็นปัจจุบัน และสำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๒)
๕. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ฉบับเป็นปัจจุบัน

๖. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ยื่นใบสมัคร ทั้งนี้
ในวันที่สถานพยาบาลยื่นใบสมัคร หากสถานพยาบาลส่งเอกสารและหลักฐานที่ใช้ในการสมัครไม่ครบถ้วน
สำนักงานประกันสังคมสงวนสิทธิที่จะไม่รับใบสมัครนั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสถานพยาบาลของข้าพเจ้าชื่อ.....

ประสงค์สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน และข้อมูล
รายละเอียดที่ปรากฏในเอกสารใบสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลฯ ฉบับนี้ และในเอกสารชี้แจงทุกฉบับ ข้าพเจ้า
ขอรับรองว่าเป็นจริงทุกประการ พร้อมนี้ขอส่งเอกสารสำคัญต่อสำนักงานประกันสังคม จำนวน รายการ

ประทับตราติดบุคคล

(ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจลงนาม

(.....)



ประกาศสำนักงานประกันสังคม

เรื่อง รับสมัครสถานพยาบาลเพื่อทำข้อตกลงให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

ด้วยสำนักงานประกันสังคมมีความประสงค์ที่จะรับสมัครสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรม (กรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าฟันคุด) แก่ผู้ประกันตน โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙ สำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศรับสมัครสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติทั่วไป

- ๑.๑ เป็นสถานพยาบาลของเอกชนที่มีคลินิกทันตกรรม หรือสถานพยาบาลของเอกชนประเภทคลินิกที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ที่ได้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และตามกฎหมายกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ หรือ
- ๑.๒ เป็นสถานพยาบาลของรัฐ **ที่มีได้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงกลาโหม**

๒. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

สถานพยาบาลที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน สามารถขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครตามเอกสารแนบท้าย ๑ ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดในเขตพื้นที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในวันและเวลาราชการ

๓. เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ในการสมัคร

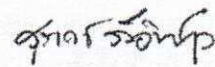
- ๓.๑ ใบสมัครเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน
- ๓.๒ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ ให้ลงนามในใบสมัครเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน)
- ๓.๓ สำหรับสถานพยาบาลของเอกชน จะต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้
 - (๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล พร้อมวัตถุประสงค์ฉบับปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเป็นนิติบุคคล) ที่ออกให้ไม่เกิน ๖ เดือน
 - (๒) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับเป็นปัจจุบัน และสำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๒)
 - (๓) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๔) ฉบับเป็นปัจจุบัน
 - (๔) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ยื่นใบสมัคร
- ๓.๔ ข้อมูลอัตราค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าฟันคุด ของสถานพยาบาล

๔. การพิจารณา...

๔. การพิจารณาและการแจ้งผล

สำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้พิจารณาสถานพยาบาลที่จะได้เข้าร่วมหรือมิได้เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยแจ้งผลเป็นหนังสือให้สถานพยาบาลทราบ สถานพยาบาลที่ยื่นเอกสารไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามข้อ ๓ ของประกาศฉบับนี้ สำนักงานประกันสังคมจะไม่พิจารณารับเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสุรเดช วัฒนาธรรม)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม