



สำนักงานประกันสังคม

ระบบงานจ่ายสิทธิประโยชน์ทดแทนในรูปแบบ Web Application

คู่มือการใช้งาน
สำหรับผู้ประกันตน
v.2



สารบัญ

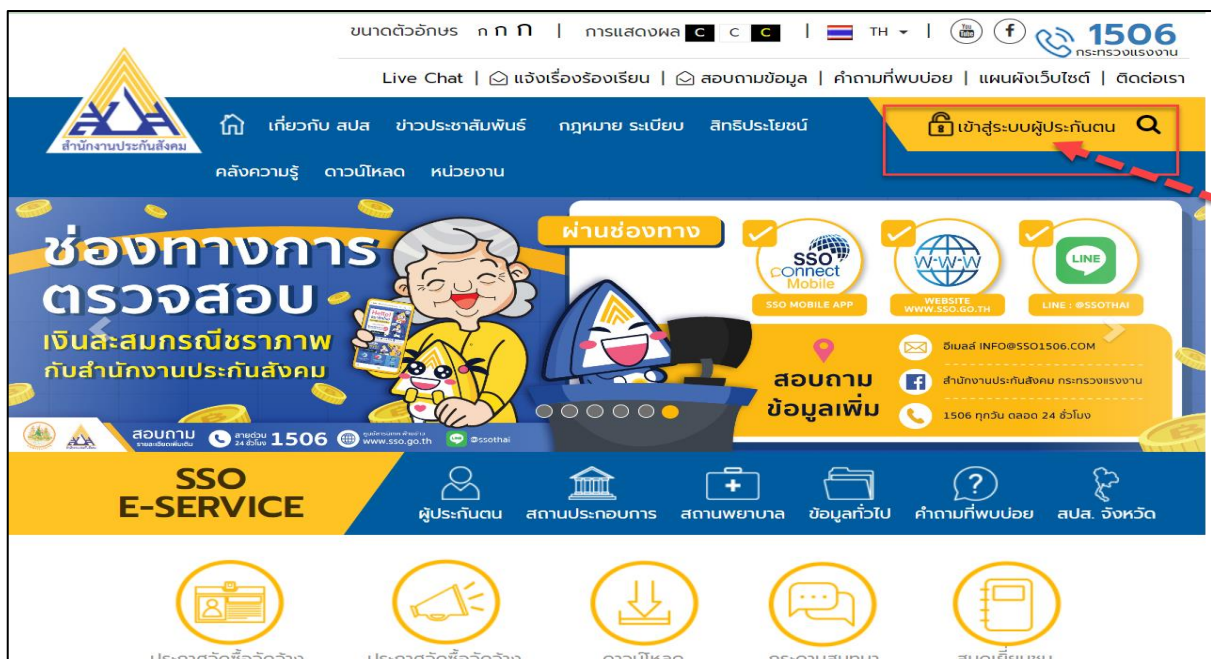
คู่มือประกอบการทดสอบระบบ ส่วนงานผู้ประกันตน	1
1. การสมัครเข้าใช้ระบบ SSO.....	1
<input type="checkbox"/> กรณียังไม่ได้สมัครใช้งาน.....	2
<input type="checkbox"/> กรณีลงทะเบียนหรือเคยเป็นสมาชิกอยู่แล้ว	6
2. การเข้าใช้ระบบงานของผู้ประกันตน	7
3. การออกจากหน้าจอ/เข้าหน้าประกาศ/เข้าหน้าหลักเมนู.....	7
3.1 การเลือกเข้าหน้าหลักเมนู.....	7
3.2 การออกจากระบบ	8
4. การบันทึก/แก้ไข เบอร์โทรศัพท์ของผู้ประกันตน	9
5. การบันทึกรับแจ้ง กรณีทันตกรรม	11
6. การสอบถาม/ยกเลิกเรื่องรับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทันตกรรม	23
6.1 ตัวอย่างการแก้ไขการลี้มกดปุ่มยืนยันเบิก	23
6.2 การยกเลิกยืนยัน.....	28
7. การแก้ไขที่อยู่/วิธีขอรับสิทธิ.....	28
7.1 การแก้ไขข้อมูลที่อยู่.....	28
7.2 การแก้ไขวิธีการรับสิทธิ.....	29
8. สอบถามข้อมูลการขอรับสิทธิทันตกรรมของผู้ประกันตน	30

คู่มือประกอบการทดสอบระบบ ส่วนงานผู้ประกันตน

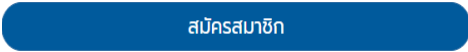
1. การสมัครเข้าใช้ระบบ SSO

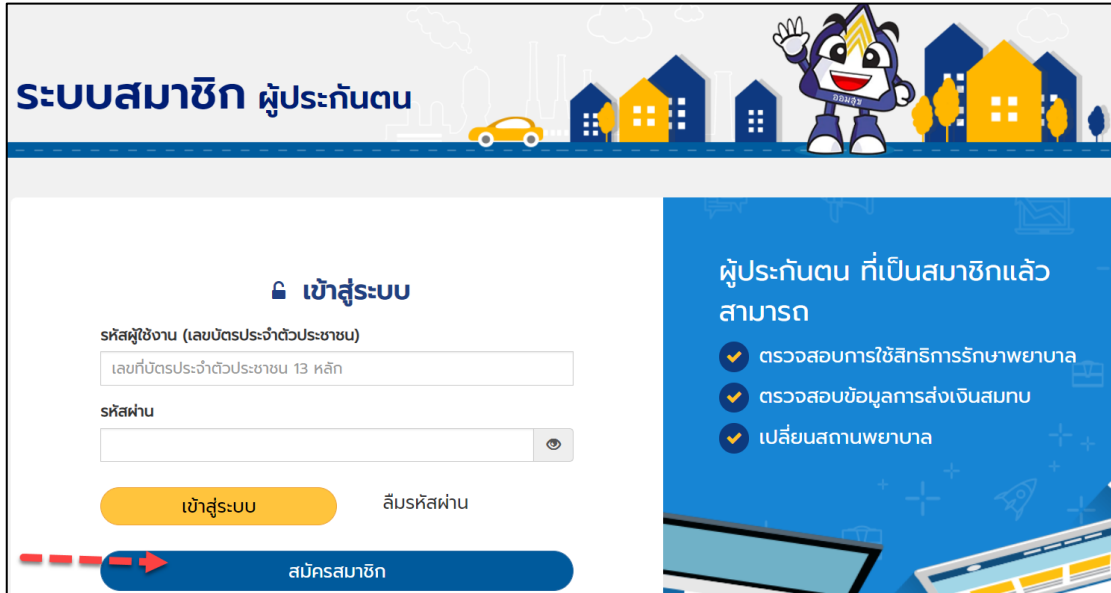


- 1) เปิด Browser Chrome หรือ Firefox
- 2) เข้า URL สำหรับเข้าใช้งานเว็บไซต์สำนักงานประกันสังคม <https://www.sso.go.th/>
- 3) และคลิก “เข้าสู่ระบบผู้ประกันตน”  เข้าสู่ระบบผู้ประกันตน/สมัครสมาชิก 

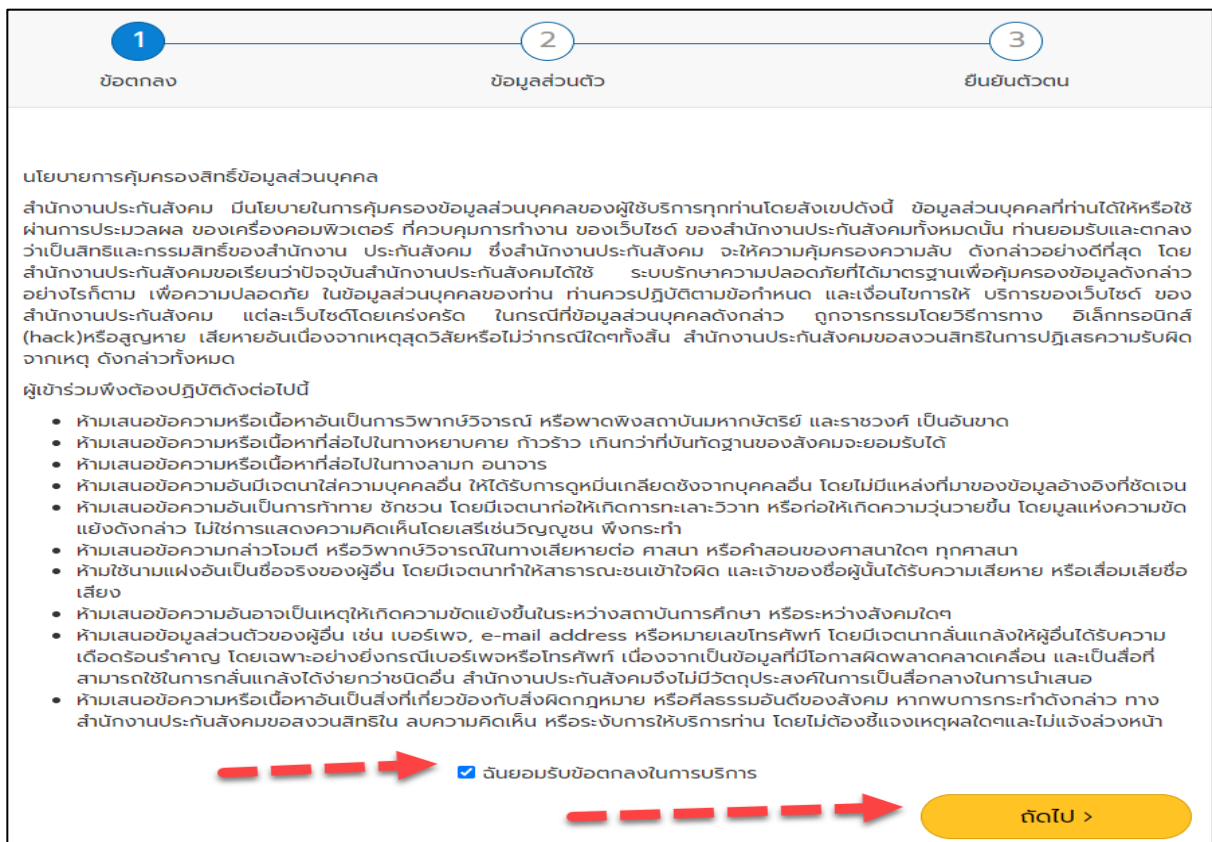


➤ **กรณียังไม่ได้สมัครใช้งาน**

- 1) ระบบแสดงหน้าจอสำหรับเข้าสู่ระบบ / สมัครสมาชิก
- 2) คลิกปุ่ม “สมัครสมาชิก” 



- 3) ระบบแสดงหน้าจอข้อตกลง



- 4) คลิกปุ่ม “ฉันยอมรับข้อตกลงในการบริการ”  และกดปุ่ม “ถัดไป”

ขนาดตัวอักษร ก ก ก | การแสดงผล c c c | TH | 1506 กระทรวงแรงงาน

Live Chat | แจ้งเรื่องร้องเรียน | สอบถามข้อมูล | คำถามที่พบบ่อย | แผนผังเว็บไซต์ | ติดต่อเรา

เกี่ยวกับ สสส ข่าวประชาสัมพันธ์ กฎหมาย ระเบียบ สิทธิประโยชน์ คลังความรู้ ถาม-ตอบ

ระบบกองทุนประกันสังคม หน่วยงาน

เข้าสู่ระบบผู้ประกันตน

1 ขีดกลาง 2 ข้อมูลส่วนตัว 3 ยืนยันตัวตน

หมายเลขบัตรประชาชน (13 หลัก)
หมายเลขบัตรประชาชน (13 หลัก)

เบอร์มือถือ (10 หลัก)
088XXXXXXX

รหัสผ่าน (รหัสผ่านต้องเป็นตัวอักษร a-z, A-Z และ 0-9 ความยาวขั้นต่ำ 6 ตัวอักษร)
รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน
ยืนยันรหัสผ่าน

คำนำหน้า
นาย

ชื่อ
ชื่อ

นามสกุล
นามสกุล

วันเกิด
วันเกิด พฤษภาคม 2551

อีเมล
อีเมล

ถัดไป >

- 5) กรอกข้อมูลให้เรียบร้อยและกดปุ่ม “ถัดไป” และ “คลิกที่นี่ เพื่อขอรับรหัส OTP”
- 6) และใส่รหัส OTP ที่ได้รับ และกดปุ่ม “ยืนยัน”

1 ขีดกลาง 2 ข้อมูลส่วนตัว 3 ยืนยันตัวตน

ยืนยันตัวตน
ขอรับรหัสยืนยัน (OTP) ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ

คลิกที่นี่ เพื่อขอรับรหัส OTP หมายเลขโทรศัพท์ (0636655366)

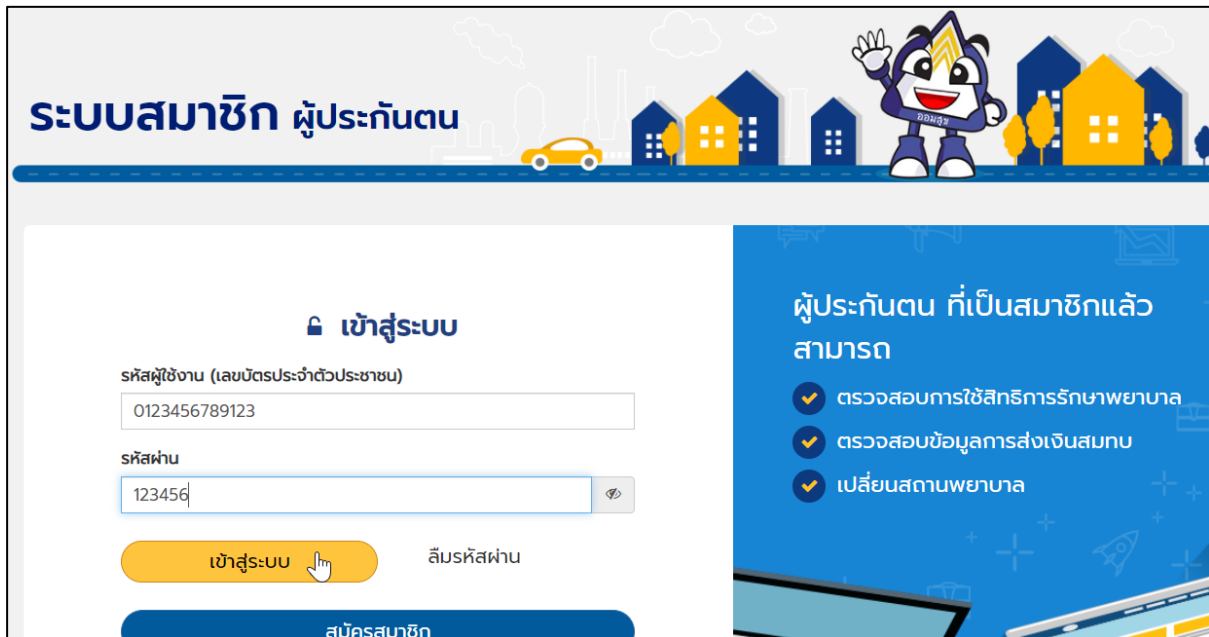
รหัสอ้างอิง

รหัส
รหัส

รับผิดชอบหมายข่าว

ยืนยัน

- 7) ระบบทำการบันทึกข้อมูล และแสดงข้อความ “การลงทะเบียนเสร็จสมบูรณ์ กรุณาล็อกอินเข้าระบบ” ให้คลิก “OK”
- 8) ย้อนกลับไปเข้าสู่ระบบใหม่อีกครั้ง ด้วยรหัสผู้ใช้งาน /รหัสผ่าน ที่สมัครไว้ และคลิกปุ่ม “เข้าสู่ระบบ”



ระบบสมาชิก ผู้ประกันตน

เข้าสู่ระบบ

รหัสผู้ใช้งาน (เลขบัตรประจำตัวประชาชน)
0123456789123

รหัสผ่าน
123456

เข้าสู่ระบบ ลืมรหัสผ่าน

สมัครสมาชิก

ผู้ประกันตน ที่เป็นสมาชิกแล้ว สามารถ

- ✓ ตรวจสอบการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล
- ✓ ตรวจสอบข้อมูลการส่งเงินสมทบ
- ✓ เปลี่ยนสถานพยาบาล

- 9) ระบบแสดงข้อมูลทั่วไปของเราและรายการระบบต่างๆ ให้คลิกเลือก “ระบบทันตกรรม” ดังภาพด้านล่าง

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล	ญา <input type="text"/>	เลขที่บัตรประชาชน	33 <input type="text"/> 415 <input type="text"/>
		สถานะผู้ประกันตน	เป็นผู้ประกันตน (มาตรา 33) <input type="checkbox"/>

ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล

ข้อมูลการส่งเงินสมทบ

ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล

ประวัติการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทน

การคำนวณเงินสงเคราะห์ชราภาพ

ประวัติการทำธุรกรรมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

ตรวจสอบข้อมูลใบเสร็จรับเงินอิเล็กทรอนิกส์

แจ้งการประสบอันตราย เนื่องจากการทำงาน e-compensate

ระบบทันตกรรม

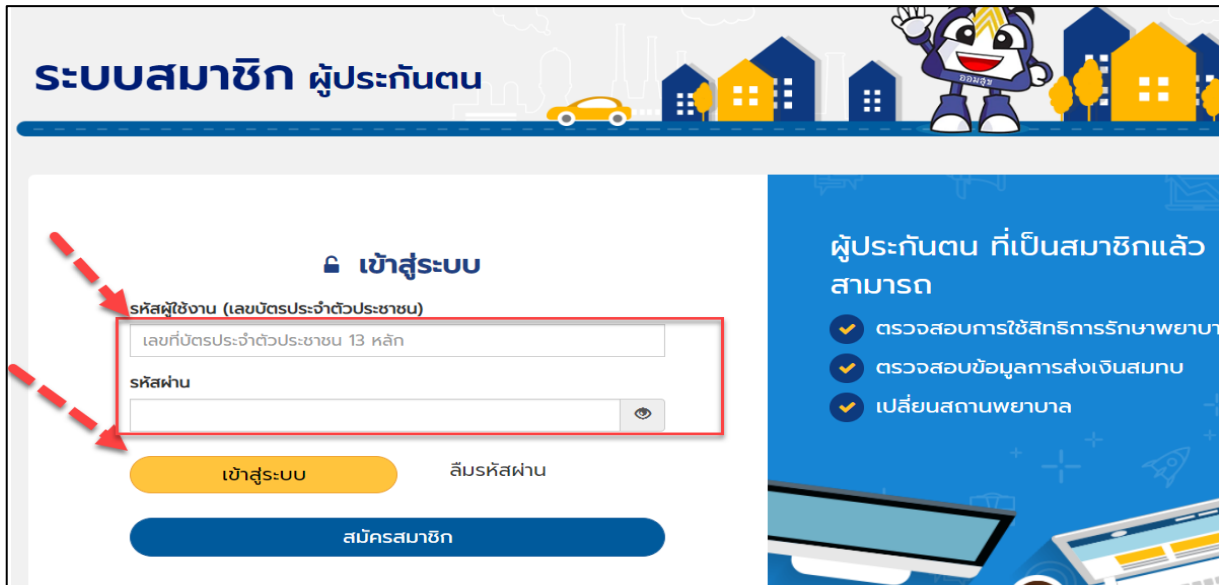
สมัครมาตรา 39

หมายเหตุ: กรณีมีข้อสงสัย ติดต่อ สปส.ที่รับผิดชอบหรือโทรสายด่วนประกันสังคม 1506

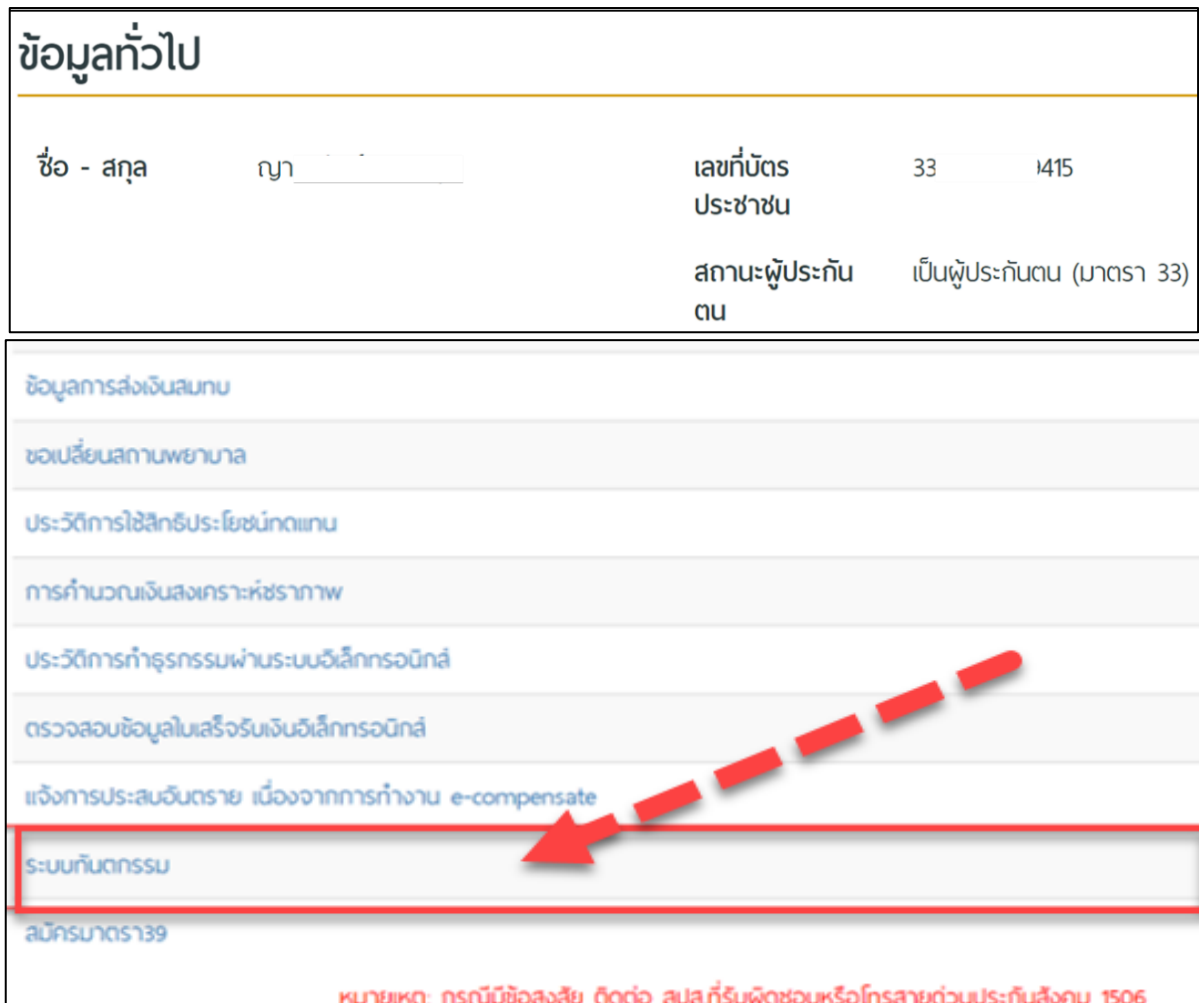
Copyright© 2017 Social Security Office. All right reserved.
 หากมีข้อสงสัยในการเข้าสู่ระบบ ติดต่อที่ e-mail: info@ssol506.com
 นโยบายเว็บไซต์ | การปฏิเสธความรับผิดชอบ

➤ กรณีลงทะเบียนหรือเคยเป็นสมาชิกอยู่แล้ว

ให้เข้าสู่ระบบ โดยใส่รหัสผู้ใช้งาน/รหัสผ่าน และคลิก “เข้าสู่ระบบ” ได้เลย ดังภาพด้านล่าง



1) ระบบแสดงข้อมูลทั่วไปของเราและรายการระบบต่างๆ ให้คลิกเลือก “ระบบทันตกรรม” ดังภาพด้านล่าง



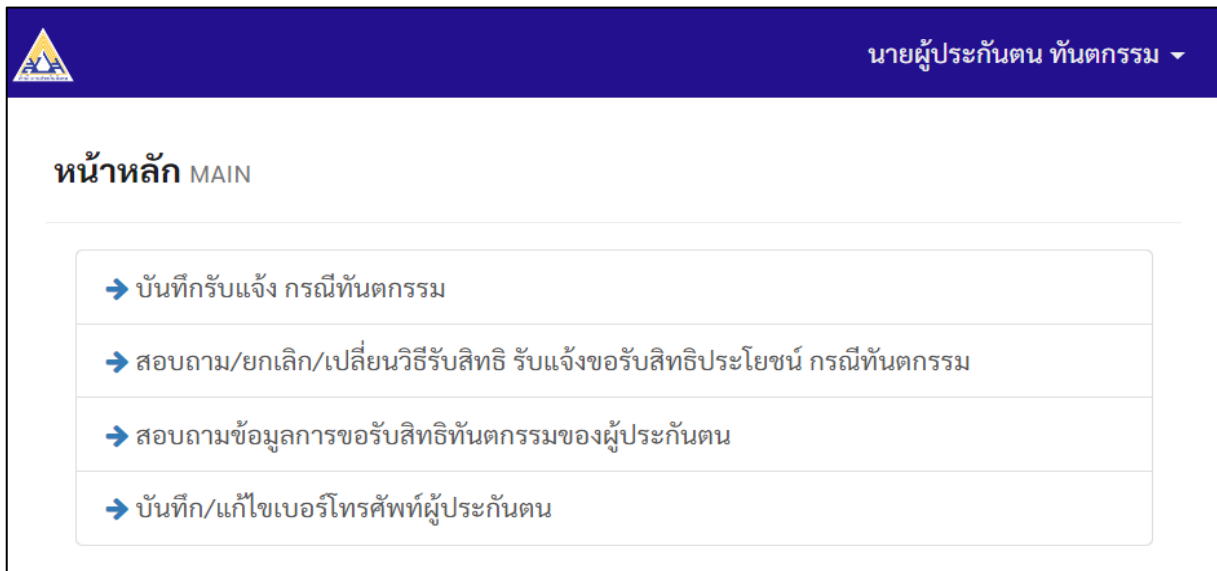
2. การเข้าใช้ระบบงานของผู้ประกันตน

1) จากภาพด้านบน ระบบแสดงหน้าจอหลัก



2) จะพบหน้าประกาศแสดงขึ้นมา ให้คลิก “ปิด”

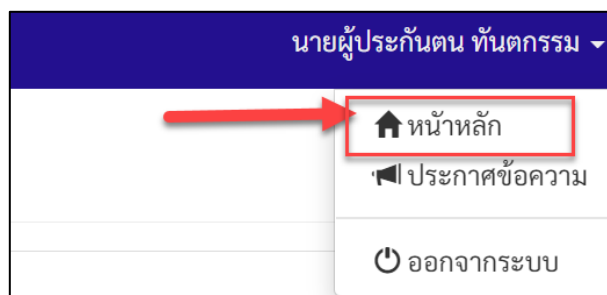
3) ระบบแสดงรายการเมนู



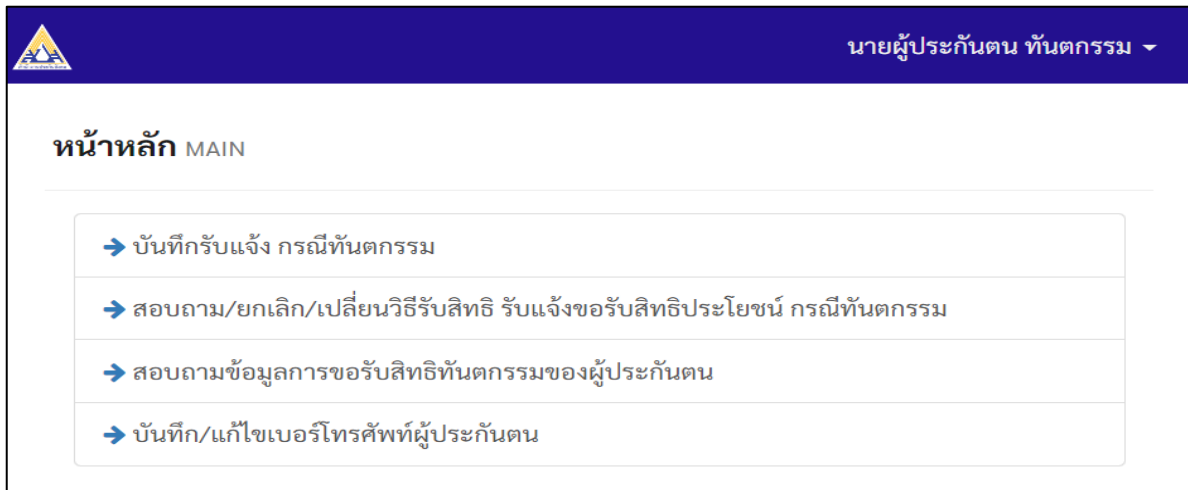
3. การออกจากหน้าจอ/เข้าหน้าประกาศ/เข้าหน้าหลักเมนู

3.1 การเลือกเข้าหน้าหลักเมนู

- 1) คลิก  เครื่องหมายสามเหลี่ยมที่มุมขวามือบน ดังภาพ และเลือกเมนู “หน้าหลัก”

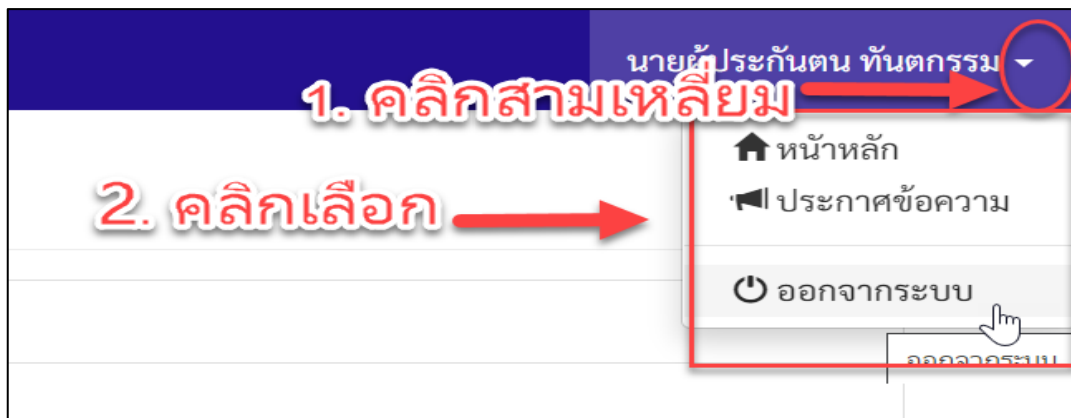


2) ระบบแสดงหน้าหลักเมนู



3.2 การออกจากระบบ

- 1) คลิก  เครื่องหมายสามเหลี่ยมที่มุมขวามือบน ดังภาพ และเลือก “ออกจากระบบ”



4. การบันทึก/แก้ไข เบอร์โทรศัพท์ของผู้ประกันตน

- ขั้นตอนนี้เป็นการบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของผู้ประกันตน มีความจำเป็นเพื่อจัดเก็บข้อมูลการติดต่อ และยังใช้สำหรับการยืนยันตัวตนด้วย
- กรณี มีประกาศให้ยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP ระบบจะส่ง SMS แจ้งรหัส OTP ไปยังเบอร์โทรศัพท์ผู้ประกันตน **และหากระบบส่ง SMS ไม่สำเร็จ ให้ตรวจสอบเบอร์โทรอีกครั้ง หรือหากส่ง sms ไม่ได้** ให้บันทึกเพิ่มอีเมล เพื่อให้ระบบส่งรหัส OTP เข้าอีเมลของผู้ประกันตนแทน และให้ผู้ประกันตนเข้าตรวจสอบอีเมล เพื่อบันทึก รหัส OTP ยืนยันการทำรายการต่อไปตามขั้นตอนที่ปรากฏในระบบ

โดยมีขั้นตอนการบันทึกข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ดังต่อไปนี้

- 1) เลือกเมนู “บันทึก/แก้ไขเบอร์โทรศัพท์ผู้ประกันตน”

บันทึก/แก้ไขเบอร์โทรศัพท์ผู้ประกันตน BEN07009B

เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
วันเกิด	-
เบอร์โทรศัพท์มือถือ *	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> โปรดระบุ *เบอร์โทรที่จะใช้ในการรับรหัส OTP
อีเมล	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> โปรดระบุอีเมล


- 2) กรอกข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ และคลิก ปุ่ม “บันทึก”
- 3) ระบบบันทึกข้อมูลเบอร์โทรฯ และแสดงผล ดังรูป

! I002 : บันทึกข้อมูลสำเร็จ

บันทึก/แก้ไขเบอร์โทรศัพท์ผู้ประกันตน BEN07009C

เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
วันเกิด	-
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	061-876-6666 *เบอร์โทรที่จะใช้ในการรับรหัส OTP
อีเมล	zee . .m@gmail.com

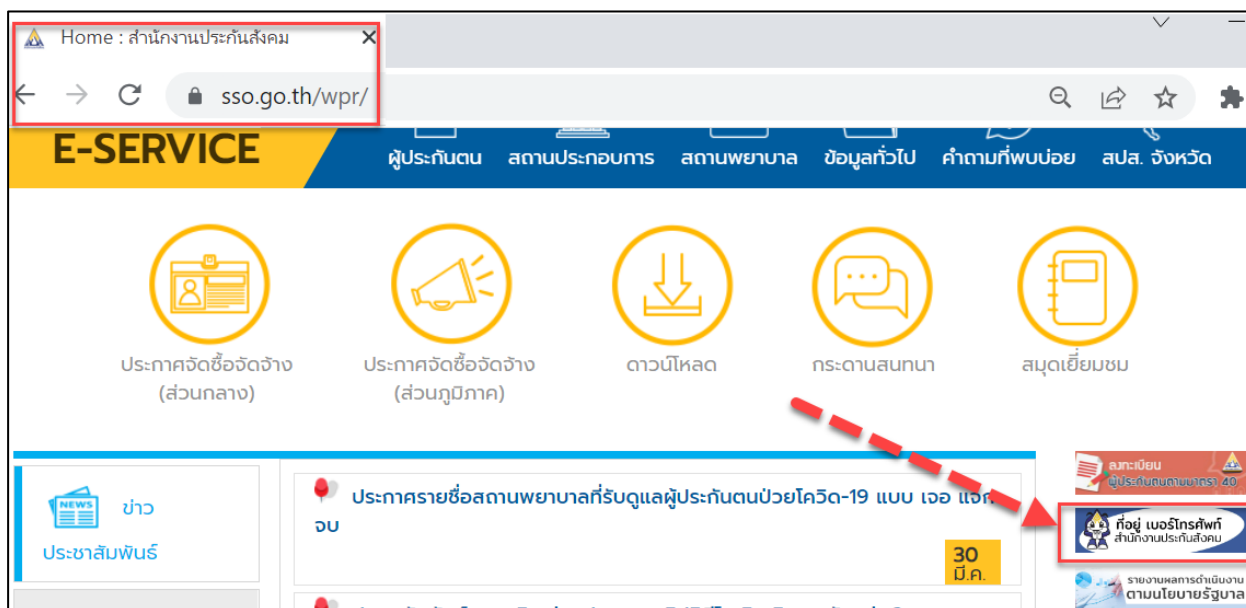
 แก้ไข

- 4)  แก้ไข หากต้องการแก้ไขให้คลิก “แก้ไข” และทำการแก้ไขเบอร์โทรให้ถูกต้อง

5. การบันทึกรับแจ้ง กรณีทันตกรรม

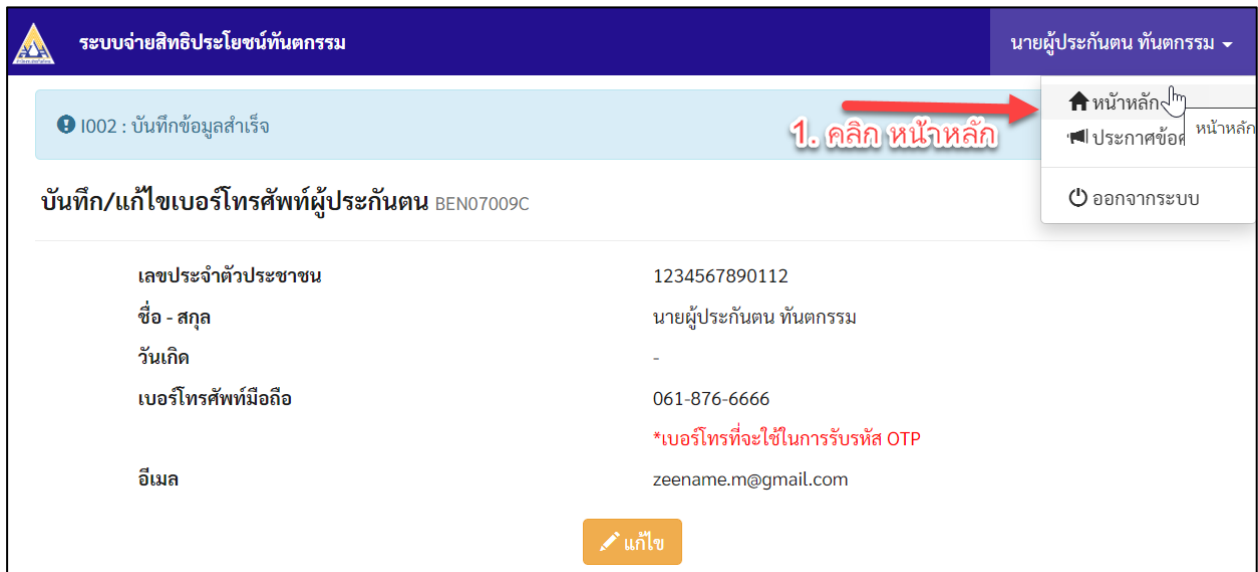
ขั้นตอนนี้เป็นการยื่นเรื่องเบิกจ่าย กรณีทันตกรรม ออนไลน์ **โดยจำเป็นต้องแนบหลักฐานการใบเสร็จรับเงิน, ใบรับรองแพทย์ และสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ประกันตน** และทั้งนี้ จำเป็นต้องส่งเอกสารทั้งหมดไปยังสำนักงานประกันสังคมที่เลือกยื่นเบิกออนไลน์ในหน้าจอบันทึกรับแจ้งด้วย โดยสามารถหาที่อยู่ของสำนักงานประกันสังคมได้ในเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคม <https://www.sso.go.th/> ดังภาพด้านล่างนี้

*** และคลิกเลือก “ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์สำนักงานประกันสังคม”



ขั้นตอนการบันทึกปรับแจ้งขอเบิก

- 1) จากหน้าบันทึกเบอร์โทรฯ ด้านบน ให้คลิกเลือกหน้าหลัก เพื่อกลับไปหน้าจอการใช้งาน



ระบบจ่ายสิทธิประโยชน์ทดแทน นายผู้ประกันตน ทันตกรรม

🔔 I002 : บันทึกข้อมูลสำเร็จ

1. คลิก หน้าหลัก

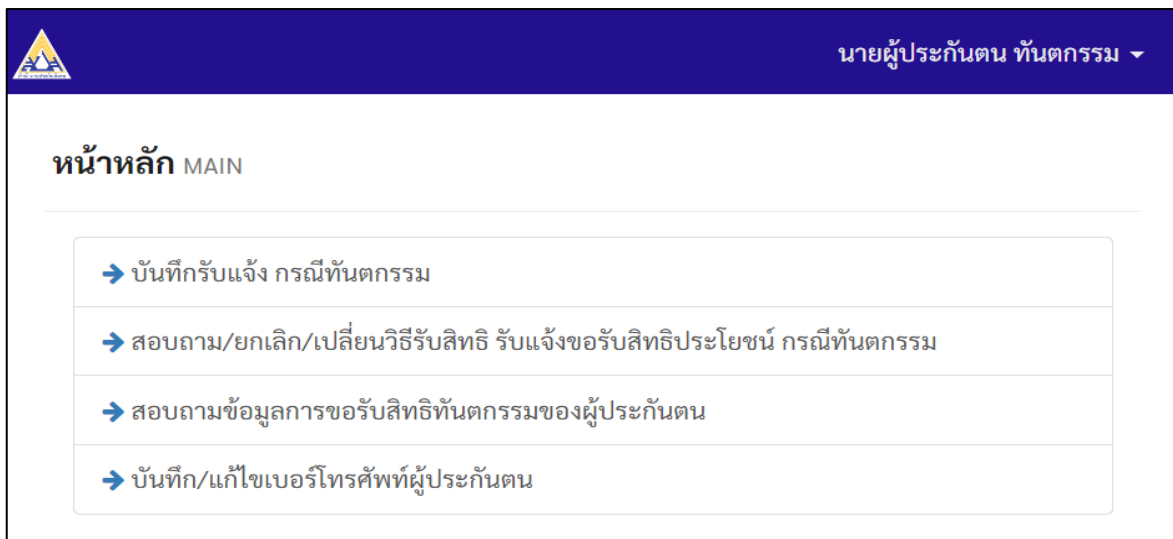
บันทึก/แก้ไขเบอร์โทรศัพท์ผู้ประกันตน BEN07009C

เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
วันเกิด	-
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	061-876-6666
อีเมล	zeename.m@gmail.com

*เบอร์โทรที่จะใช้ในการรับรหัส OTP

แก้ไข

- 2) ระบบแสดงหน้าเมนู



นายผู้ประกันตน ทันตกรรม

หน้าหลัก MAIN

- บันทึกปรับแจ้ง กรณีทดแทน
- สอบถาม/ยกเลิก/เปลี่ยนวิธีรับสิทธิ รับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทดแทน
- สอบถามข้อมูลการขอรับสิทธิทดแทนของผู้ประกันตน
- บันทึก/แก้ไขเบอร์โทรศัพท์ผู้ประกันตน

- 3) เลือกเมนู “บันทึกปรับแจ้ง กรณีทดแทน”

บันทึกรับแจ้ง กรณีทันตกรรม BEN01001A

เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
วันที่ใช้สิทธิ *	วว/ดด/ปปปป (พ.ศ.)
สิทธิประโยชน์ *	-- กรุณาเลือก --

ตรวจสอบสิทธิ

- กรอกวันที่ใช้สิทธิ **11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน**
- และคลิก ปุ่ม “ตรวจสอบสิทธิ”
- ระบบแสดงผลการตรวจสอบสิทธิทันตกรรม ดังรูป
- กรณีสิทธิประโยชน์คงเหลือ 0 บาท ไม่สามารถเบิกได้ ให้ ผู้ประกันตนยื่นเรื่อง ณ สำนักงานประกันสังคม

ระบบจ่ายสิทธิประโยชน์ทันตกรรม นายผู้ประกันตน ทันตกรรม

© BEN01001_E065 : ยอดเงินสิทธิประโยชน์คงเหลือ 0 บาทไม่สามารถเบิกได้

บันทึกรับแจ้ง กรณีทันตกรรม BEN01001A

เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
วันที่ใช้สิทธิ *	26/01/2565
สิทธิประโยชน์ *	11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน

ตรวจสอบสิทธิ

- กรณีมีสิทธิประโยชน์คงเหลือ ระบบแสดงหน้าจอบันทึกรับแจ้ง

วงเงินสิทธิประโยชน์คงเหลือ : 900.00 บาท

รายละเอียดผู้ประกันตน

เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112	ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
เพศ	-	วันเกิด	-
สัญชาติ	ไทย	สถานะผู้ประกันตน	A : เป็นผู้ประกันตน
สถานประกอบการ	10001	ชื่อสถานประกอบการ	บริษัท ABC จำกัด
ประเภทสิทธิประโยชน์	1 : เจ็บป่วย	กรณีรักษา	T : ทันตกรรม
สิทธิประโยชน์	11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ซุดหินปูน		
วันที่ใช้สิทธิ	26/07/2565	วันที่รับแจ้ง	26/07/2565
สปส.รับผิดชอบ *	-- กรุณาเลือก --		
อำเภอ/เขต *	เขตบางกอกน้อย	ตำบล/แขวง *	บ้านช่างหล่อ
รหัสไปรษณีย์ *	10700	เบอร์โทรศัพท์บ้าน	
อีเมล	zeename.m@gmail.com	โทรศัพท์มือถือ	061-876-6666

ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ

ประเภทผู้ขอรับสิทธิ 1 : ผู้ประกันตนวิธีการขอรับสิทธิ * วิธีการรับสิทธิ

-- กรุณาเลือก --

ข้อมูลสิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์	ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ซุดหินปูน		
ดูวงเงินจาก	สิทธิประโยชน์	จำนวนเงินที่เบิกได้	900.00
ภายใน	1 ปี	จำนวนครั้งที่เบิกได้	ไม่จำกัดจำนวนครั้ง
เบิกแล้ว	0.00	เบิกครั้งนี้	0.00
วงเงินสิทธิประโยชน์คงเหลือ	900.00		

รายการรักษาที่เบิก

	ชื่อรายการ	จน.เงิน/ หน่วย	เลขฟัน	จำนวน	จน.เงินที่เบิก	รวม	เบิกได้
<input type="checkbox"/>	อุดฟัน	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	อุดฟัน AMALGAM 1 ด้าน	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	อุดฟัน AMALGAM 2 ด้าน	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	อุดฟันสีเหมือนฟัน 1 ด้านหน้า	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	อุดฟันสีเหมือนฟัน 1 ด้านหลัง	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	อุดฟันสีเหมือนฟัน 2 ด้านหน้า	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	อุดฟันสีเหมือนฟัน 2 ด้านหลัง	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	ซุดหินปูน	900.00	-	1	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	ถอนฟัน	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	ถอนฟันแท้	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	ถอนฟันที่ยาก	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
<input type="checkbox"/>	ผ่าฟันคุด	900.00	<input type="text"/>	0	<input type="text" value="0.00"/>	0.00	0.00
รวมทั้งหมด						0.00	0.00

รายการเอกสารแนบ

กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้

ใบเสร็จรับเงิน *

[size=0 byte/1.00 MB]

ใบรับรองแพทย์ *

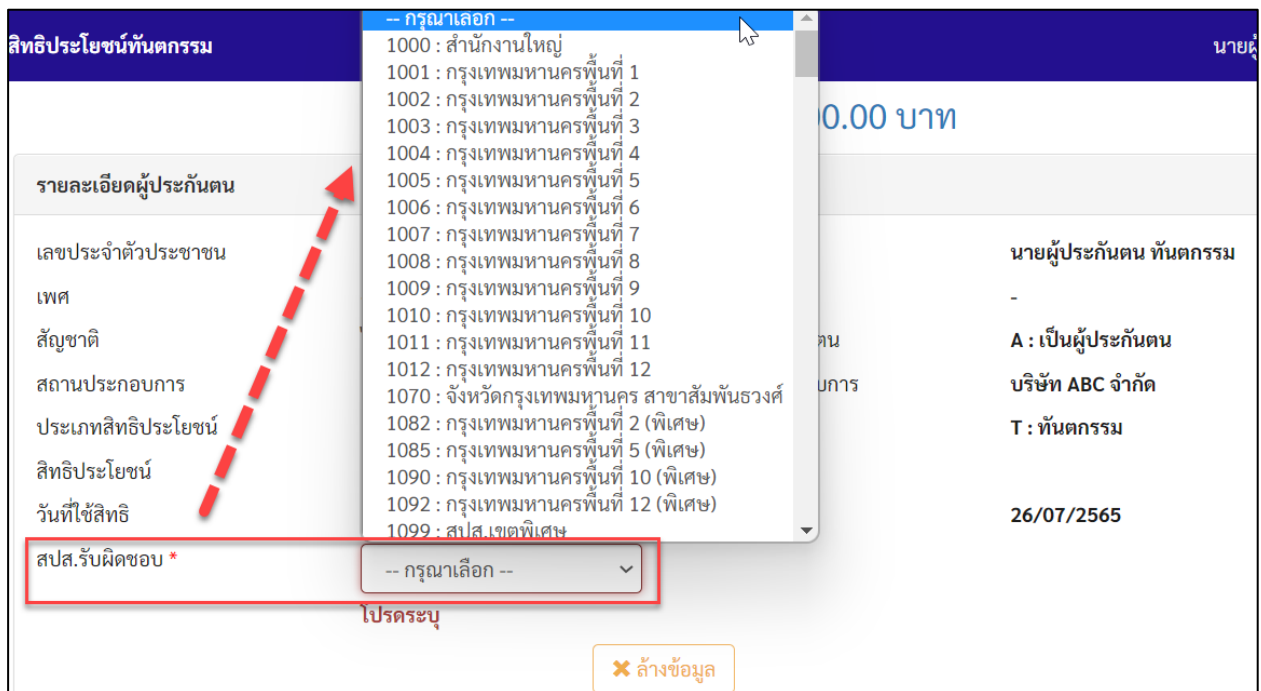
[size=0 byte/1.00 MB]

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร *

[size=0 byte/1.00 MB]

บันทึกเรียบร้อยแล้ว

9) ด้านบนให้เลือก สปส.รับผิดชอบ ที่ต้องการยื่นเรื่องเบิกรับแจ้ง เพื่อส่งเอกสารไปยัง สปส.รับผิดชอบ นั้นๆ ที่เลือก



สปส.รับผิดชอบ *

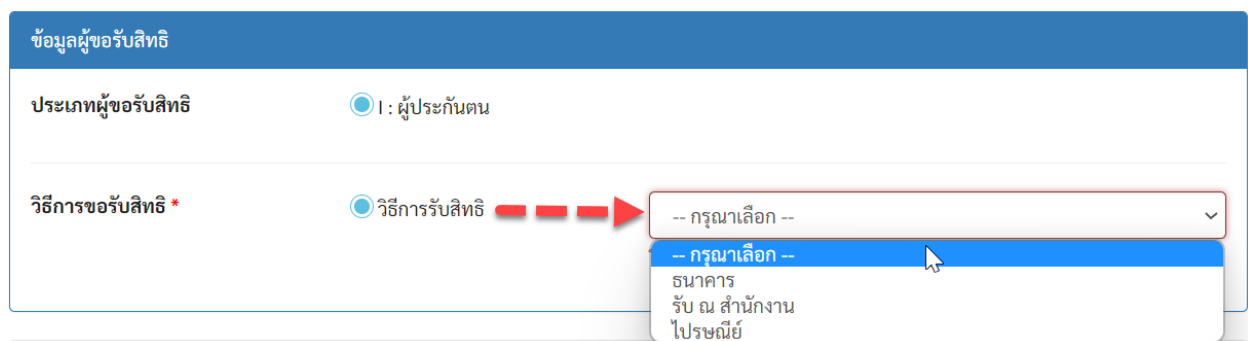
-- กรุณาเลือก --

1000 : สำนักงานใหญ่
 1001 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 1
 1002 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2
 1003 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 3
 1004 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 4
 1005 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 5
 1006 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 6
 1007 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 7
 1008 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 8
 1009 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 9
 1010 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 10
 1011 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 11
 1012 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 12
 1070 : จังหวัดกรุงเทพมหานคร สาขาสัมพันธ์วงศ์
 1082 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2 (พิเศษ)
 1085 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 5 (พิเศษ)
 1090 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 10 (พิเศษ)
 1092 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 12 (พิเศษ)
 1099 : สปส.เขตพิเศษ

ไปรครระบุ

✖ ล้างข้อมูล

10) และเลือกวิธีการขอรับสิทธิตามขั้นตอนในช่องทางที่เลือก ดังรูป



ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ

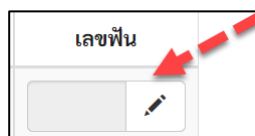
ประเภทผู้ขอรับสิทธิ ผู้ประกันตน

วิธีการขอรับสิทธิ * วิธีการรับสิทธิ

-- กรุณาเลือก --

-- กรุณาเลือก --
 ธนาคาร
 รับ ณ สำนักงาน
 ไปรษณีย์

11) เลื่อนลงมาด้านล่าง เลือกติ๊ก เลือกชื่อ รายการที่ต้องการเบิก ก่อน เช่น อุดฟัน



เลขฟัน

12) และคลิกเลือกเลขฟัน “ตรงรูปดินสอ”

13) ระบบแสดงหน้าจอ “เลือกฟันที่ทำการรักษา”



14) สามารถคลิกเลือกเลขฟันได้มากกว่า 1ซี่ในครั้งเดียวกันสำหรับประเภทการรักษาเดียวกันเท่านั้น เช่น กรณีเบิกอุดฟัน 2 ซี่ ก็สามารถคลิกแสดงรูปฟัน และเลือก ซี่#18 และคลิกเลือกซี่ #20 ตามจำนวนซี่ฟันที่อุดให้ถูกต้องตามใบเสร็จจริง ก็จะได้ซี่ฟัน 17, 18 และคลิกปุ่ม “ยืนยัน”




15) และใส่จำนวนเงินให้ตรงกับรายการใบเสร็จรับเงินในช่อง “จน.เงินที่เบิก” จากนั้นระบบจะแสดงจำนวนเงินที่เบิกได้จริงในช่อง “เบิกได้” ดังรูปด้านบน ให้กรอกข้อมูลให้ตรงตามใบเสร็จรับเงินจริง

เสมอเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประกันสังคมได้ตรวจสอบตามเอกสาร

ใบเสร็จรับเงินที่ส่งเข้ามา

ตั้งตัวอย่าง : เบิกอุดฟันซี่ 17, 18 จำนวน 2 ซี่ ใส่จำนวนเงินที่เบิก (ตามใบเสร็จฯ) 1,500 บาท เบิกได้ 900 บาท


รายการรักษาที่เบิก							
	ชื่อรายการ	จน.เงิน/หน่วย	เลขฟัน	จำนวน	จน.เงินที่เบิก	รวม	เบิกได้
<input checked="" type="checkbox"/>	อุดฟัน	900.00	18,17 	2	1,500.00	1,500.00	900.00


16) เลือกแนบไฟล์เอกสารที่ส่งให้สำนักงานประกันสังคมเบื้องต้น โดย


17) คลิก “เลือก”  แนบไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้องด้านล่างให้ครบถ้วน (สามารถถ่ายภาพเอกสารที่เกี่ยวข้องได้)

รายการเอกสารแนบ

กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้

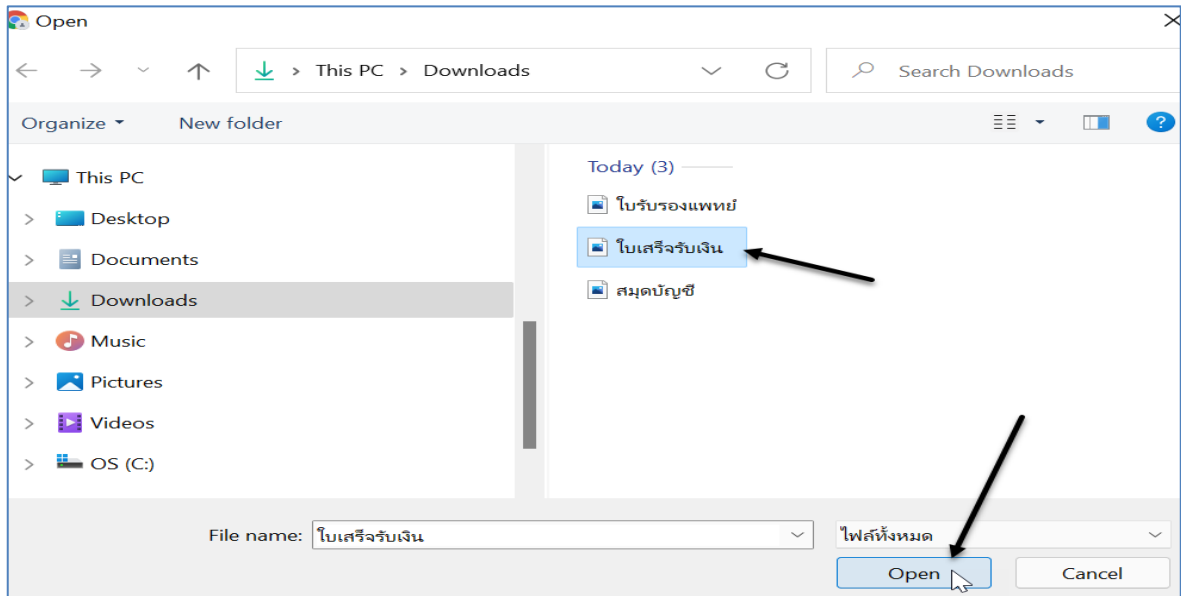
ใบเสร็จรับเงิน *  [size=0 byte/1.00 MB]

ใบรับรองแพทย์ *  [size=0 byte/1.00 MB]

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร *  [size=0 byte/1.00 MB]

✔ บันทึกเรียบร้อย

18) ระบบให้เปิดหน้าจอให้เลือกไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้คลิกเลือกและคลิกปุ่ม “open”



19) เมื่อแนบไฟล์ครบแล้ว ให้คลิก ปุ่ม “บันทึกรับแจ้ง”

✓ บันทึกรับแจ้ง

20) ระบบทำการบันทึกข้อมูลทั้งหมด และแสดงผลการบันทึก และแจ้งเตือนให้กดปุ่ม “ยืนยันเบิก”

กรุณากดปุ่ม "ยืนยันเบิก" ด้านล่างเพื่อยืนยันส่งเรื่องรับแจ้ง

📍 I002 : บันทึกข้อมูลสำเร็จ

รายละเอียดเรื่องรับแจ้ง BEN01002C

กรุณาคลิกปุ่ม "ยืนยันเบิก" ด้านล่างเพื่อยืนยันส่งเรื่องรับแจ้ง

รายละเอียดผู้ประกันตน

เลขที่รับแจ้ง	100265900000718	สถานะการรับแจ้ง	O : รับแจ้งใหม่
เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112	สถานะการยืนยันเบิก	✗ ยังไม่ยืนยัน
เพศ	-	ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
สัญชาติ	ไทย	วันเกิด	-
สถานประกอบการ	10001	สถานะผู้ประกันตน	A : เป็นผู้ประกันตน
ประเภทสิทธิประโยชน์	1 : เจ็บป่วย	ชื่อสถานประกอบการ	บริษัท ABC จำกัด
สิทธิประโยชน์	11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ซุดหินปูน	กรณีรักษา	T : ทันตกรรม
วันที่ใช้สิทธิ	26/07/2565	วันที่รับแจ้ง	26/07/2565
สปล.รับผิดชอบ	1002 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2		

ที่อยู่ผู้ประกันตน

เลขที่	55/24	หมู่บ้าน/อาคาร	เอเวอร์ซี้ดี
หมู่ที่	-	ซอย	-
ถนน	สุขสวัสดิ์ 30 แยก 10	จังหวัด	กรุงเทพมหานคร
อำเภอ/เขต	เขตบางกอกน้อย	ตำบล/แขวง	บ้านช่างหล่อ
รหัสไปรษณีย์	10700	เบอร์โทรศัพท์บ้าน	-
อีเมล	zeename.m@gmail.com	โทรศัพท์มือถือ	061-876-6666

ผู้บันทึกรับแจ้ง นายผู้ประกันตน ทันตกรรม วันที่บันทึก 26/07/2565 11:17 น.

ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ


ประเภทผู้ขอรับสิทธิ	I : ผู้ประกันตน		
วิธีการรับสิทธิ	ธนาคาร		
ธนาคาร	ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)		
เลขที่บัญชี	9876788987	ชื่อบัญชี	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม

21) ให้เลื่อนหน้าจอลงมาด้านล่างสุด

รายการเอกสารแนบ

กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้

ใบเสร็จรับเงิน	-	ใบเสร็จรับเงิน
ใบรับรองแพทย์	+	ใบรับรองแพทย์
สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร		สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สถานพยาบาล



✓ ยืนยันเบิก

✎ แก้ไข

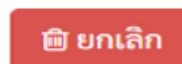
🗑️ ยกเลิก

← รับแจ้งใหม่

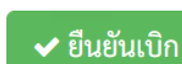
22) หลังจากเลื่อนลงด้านล่างสุดแล้ว จะมีปุ่มแสดง 3 ปุ่ม หลักๆ ดังนี้



หากต้องการแก้ไขข้อมูล ให้คลิก ปุ่ม “แก้ไข” และทำการแก้ไขข้อมูล และกดบันทึกอีกครั้ง



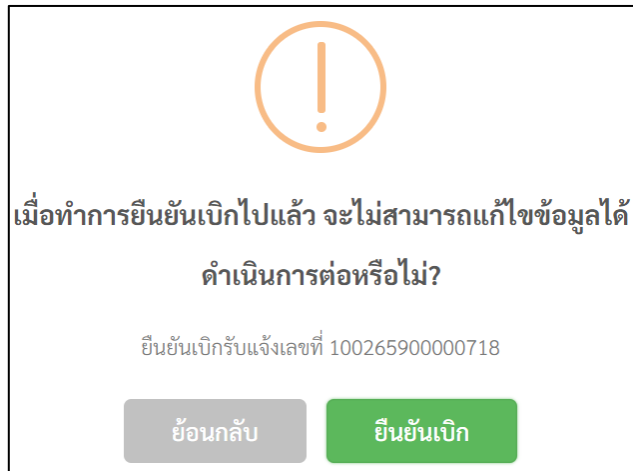
หากต้องการยกเลิกรับแจ้งไม่ต้องการยืนยันเบิกแล้ว ให้คลิก ปุ่ม “ยกเลิก” ระบบทำการยกเลิกรายการขอเบิก



หากตรวจสอบความถูกต้องอย่างมั่นใจแล้วให้คลิก ปุ่ม “ยืนยันเบิก” เพื่อยืนยันการส่งข้อมูล

ขอเบิก **หากไม่คลิก “ยืนยันเบิก” ข้อมูลจะไม่ส่งไปที่สำนักงานประกันสังคม !!!**

- **ยืนยันเบิก** กรณีที่สำนักงานประกันสังคมยังไม่ประกาศให้ใช้ รหัส OTP ในการยืนยันการเบิก หลังจากกดปุ่ม ปุ่ม “ยืนยันเบิก” แล้ว ระบบจะแสดงข้อความยืนยันการส่งบันทึกที่รับแจ้ง ดังรูป



- 23) คลิก ปุ่ม “ยืนยันเบิก”
- 24) ระบบจัดเก็บข้อมูลยืนยันรายการเบิก

6. การสอบถาม/ยกเลิกเรื่องรับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทันตกรรม


เมนูนี้ใช้สำหรับสอบถามติดตามสถานะของรับแจ้งที่ส่งเบิกไปยังสำนักงานประกันสังคม

หรือ แก้ไขเรื่องรับแจ้งที่ยังไม่ได้กดปุ่ม “ยืนยันเบิก”

หรือ ยกเลิกเรื่องรับแจ้งโดยที่ไม่ต้องการส่งเบิกแล้ว

หรือ เป็นการเข้ามากดปุ่ม “ยืนยันเบิก” กรณีที่ลืมกดปุ่ม “ยืนยันเบิก” ในขั้นตอนรับแจ้งได้

6.1 ตัวอย่างการแก้ไขการลิมกดปุ่มยืนยันเบิก

- 1) คลิก  มุมด้านบนซ้ายมือ
- 2) เลือกเมนู “สอบถาม/ยกเลิก/เปลี่ยนวิธีรับสิทธิ รับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทันตกรรม”
- 3) ระบบแสดงหน้าจอ ดังรูป

สอบถาม/ยกเลิก/เปลี่ยนวิธีรับสิทธิ รับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทันตกรรม BEN01002A

เลขที่รับแจ้ง	<input type="text"/>
เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
วันที่ใช้สิทธิ	ว/ด/ปปปป (พ.ศ.) <input type="text"/>
วันที่รับแจ้ง	26/07/2565 <input type="text"/>
สิทธิประโยชน์	-- กรุณาเลือก -- <input type="text"/>


[ค้นหาข้อมูล](#)

- 4) ใส่เงื่อนไขการค้นหา เช่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน, วันที่รับแจ้ง และคลิก ปุ่ม “ค้นหาข้อมูล”
- 5) ระบบแสดงผลการค้นหาตามเงื่อนไข สามารถดูสถานะรับแจ้งได้ในช่อง “สถานะยืนยัน” จากตัวอย่างรายการนี้ สถานะ “ยังไม่ยืนยัน” ในการส่งข้อมูลรับแจ้งขอเบิกเข้าประกันสังคม ดังรูป

สอบถาม/ยกเลิก/เปลี่ยนวิธีรับสิทธิ รับแจ้งขอรับสิทธิประโยชน์ กรณีทันตกรรม BEN01002A


เลขที่รับแจ้ง	<input type="text"/>
เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112
วันที่ใช้สิทธิ	ว/ด/ปปปป (พ.ศ.) <input type="text"/>
วันที่รับแจ้ง	26/07/2565 <input type="text"/>
สิทธิประโยชน์	-- กรุณาเลือก -- <input type="text"/>

[ค้นหาข้อมูล](#)

เลขรับแจ้ง	ชื่อ-สกุล	สิทธิประโยชน์	วันที่ใช้สิทธิ	วันที่รับแจ้ง	สถานะรับแจ้ง	สถานะยืนยัน	รับแจ้งโดย	แก้ไขโดย	แก้ไขรายการ
100265900000718	นายผู้ประกัน ตน ทันตกรรม	11 : ค่าอุดฟัน ถอน ฟัน ชูดหินปูน	26/07/2565	26/07/2565	0 : รับแจ้ง ใหม่	✘ ยังไม่ ยืนยัน	นายผู้ประกัน ตน ทันตกรรม	นายผู้ประกัน ตน ทันตกรรม	

⏪ ⏩ 1 / 1 ⏪ ⏩
แสดง 1 / 1 รายการ

- 6) กรณีแก้ไขรับแจ้ง หรือ ยืนยันการเบิก ให้คลิก  ทำรายการ (จะทำได้กรณีที่ สถานะยืนยัน = ยังไม่ยืนยัน)

กรุณากดปุ่ม "ยืนยันเบิก" ด้านล่างเพื่อยืนยันส่งเรื่องรับแจ้ง 

รายละเอียดผู้ประกันตน			
เลขที่รับแจ้ง	100265900000718	สถานะการรับแจ้ง	O : รับแจ้งใหม่
เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112	สถานะการยืนยันเบิก	✘ ยังไม่ยืนยัน
เพศ	-	ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
สัญชาติ	ไทย	วันเกิด	-
สถานประกอบการ	10001	สถานะผู้ประกันตน	A : เป็นผู้ประกันตน
ประเภทสิทธิประโยชน์	1 : เจ็บป่วย	ชื่อสถานประกอบการ	บริษัท ABC จำกัด
สิทธิประโยชน์	11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน	กรณีรักษา	T : ทันตกรรม
วันที่ใช้สิทธิ	26/07/2565	วันที่รับแจ้ง	26/07/2565
สพ.รับผิชอบ	1002 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2		

ที่อยู่ผู้ประกันตน			
เลขที่	55/24	หมู่บ้าน/อาคาร	เอเวอร์ซิติ
หมู่ที่	-	ซอย	-
ถนน	สุขสวัสดิ์ 30 แยก 10	จังหวัด	กรุงเทพมหานคร
อำเภอ/เขต	เขตบางกอกน้อย	ตำบล/แขวง	บ้านช่างหล่อ
รหัสไปรษณีย์	10700	เบอร์โทรศัพท์บ้าน	-
อีเมล	zeename.m@gmail.com	โทรศัพท์มือถือ	061-876-6666

ผู้บันทึกรับแจ้ง	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	วันที่บันทึก	26/07/2565 11:17 น.
------------------	-------------------------	--------------	---------------------

ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ			
ประเภทผู้ขอรับสิทธิ	I : ผู้ประกันตน		
วิธีการรับสิทธิ	ธนาคาร		
ธนาคาร	ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)		
เลขที่บัญชี	9876788987	ชื่อบัญชี	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม

ข้อมูลสิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์	ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ซุดหินปูน		
ดูวงเงินจาก	สิทธิประโยชน์	จำนวนเงินที่เบิกได้	900.00
ภายใน	1 ปี	จำนวนครั้งที่เบิกได้	ไม่จำกัดจำนวนครั้ง
เบิกแล้ว	0.00	เบิกครั้งนี้	900.00
วงเงินสิทธิประโยชน์คงเหลือ	0.00		

รายการรักษาที่เบิก

ชื่อรายการ	จน.เงิน/หน่วย	เลขฟัน	จำนวน	จน.เงินที่เบิก	รวม	เบิกได้
111000000 : อุดฟัน	900.00	Q 18,17	2	1,500.00	1,500.00	900.00
รวมทั้งหมด					1,500.00	900.00

รายการเอกสารแนบ

กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้


ใบเสร็จรับเงิน -

| ใบเสร็จรับเงิน

ใบรับรองแพทย์ +


| ใบรับรองแพทย์

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สถานพยาบาล


✓ ยืนยันเบิก

✎ แก้ไข
🗑️ ยกเลิก

← ย้อนกลับ

 **แก้ไข** แต่หากต้องการแก้ไขข้อมูลที่บันทึกไปแล้วให้คลิกปุ่ม “แก้ไข” และแก้ไขให้เรียบร้อยแล้วกลับมาทำขั้นตอนนี้อีก และกด “บันทึกยืนยันเบิก” เมื่อมั่นใจแล้วเท่านั้น


ยกเลิก

ถ้าต้องการยกเลิกรับแจ้งนี้เลย ให้คลิกปุ่ม “ยกเลิก” ระบบจะยกเลิกข้อมูลรับแจ้งทั้งหมดให้

ยืนยันเบิก

เมื่อมั่นใจในการจะส่งเบิกรับแจ้ง หรือแก้ไขข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ให้คลิกปุ่ม “ยืนยันเบิก” หากไม่ยืนยันการเบิกข้อมูลจะเข้าไปยังไม่ส่งไปสำนักงานประกันสังคมแต่จะถูกจัดเก็บไว้ในระบบเท่านั้น

7) ระบบแสดงข้อความยืนยันการบันทึกเบิก ให้คลิก “ยืนยันเบิก” อีกครั้ง



เมื่อทำการยืนยันเบิกไปแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้
ดำเนินการต่อหรือไม่?

ยืนยันเบิกรับแจ้งเลขที่ 100265900000718

8) ระบบบันทึกสถานะ “ยืนยันแล้ว” และส่งข้อมูลไปยังสำนักงานประกันสังคมเพื่อเบิกจ่ายต่อไป

BEN01002_I002 : ยืนยันการเบิกสำเร็จ

รายละเอียดเรื่องรับแจ้ง BEN01002C

รายละเอียดผู้ประกันตน			
เลขที่รับแจ้ง	100265900000718	สถานะการรับแจ้ง	O : รับแจ้งใหม่
เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112	สถานะการยืนยันเบิก	<input checked="" type="checkbox"/> ยืนยันแล้ว
เพศ	-	ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
สัญชาติ	ไทย	วันเกิด	-
สถานประกอบการ	10001	สถานะผู้ประกันตน	A : เป็นผู้ประกันตน
ประเภทสิทธิประโยชน์	1 : เจ็บป่วย	ชื่อสถานประกอบการ	บริษัท ABC จำกัด
สิทธิประโยชน์	11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน	กรณียรักษา	T : ทันตกรรม
วันที่ใช้สิทธิ	26/07/2565	วันที่รับแจ้ง	26/07/2565
สปส.รับผิดชอบ	1002 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2		
ที่อยู่ผู้ประกันตน			
เลขที่	55/24	หมู่บ้าน/อาคาร	เอเวอร์ซิติ
หมู่ที่	-	ซอย	-
ถนน	สุขสวัสดิ์ 30 แยก 10	จังหวัด	กรุงเทพมหานคร
อำเภอ/เขต	เขตบางกอกน้อย	ตำบล/แขวง	บ้านช่างหล่อ
รหัสไปรษณีย์	10700	เบอร์โทรศัพท์บ้าน	-
อีเมล	zeename.m@gmail.com	โทรศัพท์มือถือ	061-876-6666
ผู้บันทึกรับแจ้ง	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	วันที่บันทึก	26/07/2565 11:17 น.

ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ							
ประเภทผู้ขอรับสิทธิ	I : ผู้ประกันตน						
วิธีการรับสิทธิ	ธนาคาร						
ธนาคาร	ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)						
เลขที่บัญชี	9876788987	ชื่อบัญชี	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม				
ข้อมูลสิทธิประโยชน์							
สิทธิประโยชน์	ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ชุดหินปูน						
ดูวงเงินจาก	สิทธิประโยชน์	จำนวนเงินที่เบิกได้	900.00				
ภายใน	1 ปี	จำนวนครั้งที่เบิกได้	ไม่จำกัดจำนวนครั้ง				
เบิกแล้ว	0.00	เบิกครั้งนี้	900.00				
วงเงินสิทธิประโยชน์คงเหลือ	0.00						
รายการรักษาที่เบิก							
	ชื่อรายการ	จน.เงิน/หน่วย	เลขฟัน	จำนวน	จน.เงินที่เบิก	รวม	เบิกได้
	111000000 : อุดฟัน	900.00	Q 18,17	2	1,500.00	1,500.00	900.00
					รวมทั้งหมด	1,500.00	900.00
รายการเอกสารแนบ							
กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้							
ใบเสร็จรับเงิน	-						
	>ใบเสร็จรับเงิน						
ใบรับรองแพทย์	+						
	>ใบรับรองแพทย์						
สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สถานพยาบาล						
ยกเลิกยืนยัน แก้ไขข้อมูลที่อยู่ แก้ไขวิธีการรับสิทธิ							

6.2 การยกเลิกยืนยัน

ยกเลิกยืนยัน

จากภาพด้านบน หากต้องการยกเลิกยืนยัน = เพื่อกลับไปแก้ไขข้อมูล หรือยกเลิกส่งเบิกก็ได้เช่นกัน ให้คลิกปุ่ม “ยกเลิกยืนยัน”

7. การแก้ไขที่อยู่/วิธีขอรับสิทธิ

รายการเอกสารแนบ

กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้

ใบเสร็จรับเงิน	-	
	ใบเสร็จรับเงิน	
ใบรับรองแพทย์	+	
	ใบรับรองแพทย์	
สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร		สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สถานพยาบาล

ยกเลิกยืนยัน
แก้ไขข้อมูลที่อยู่
แก้ไขวิธีการรับสิทธิ

1) จากภาพตัวอย่างด้านบน หลังจากทีคลิกปุ่ม “ยืนยันเบิก” แล้ว ให้เลื่อนลงมาด้านล่างสุดจะพบ

แก้ไขข้อมูลที่อยู่

แก้ไขวิธีการรับสิทธิ

7.1 การแก้ไขข้อมูลที่อยู่

1) คลิก แก้ไขข้อมูลที่อยู่

2) ระบบเปิดให้แก้ไขข้อมูลที่อยู่

3) แก้ไขข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้คลิกปุ่ม “บันทึกแก้ไขข้อมูลที่อยู่”

✔ บันทึกแก้ไขข้อมูลที่อยู่

7.2 การแก้ไขวิธีการรับสิทธิ

4) คลิก  แก้ไขวิธีการรับสิทธิ

5) ระบบเปิดให้แก้ไขวิธีการรับสิทธิ

ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ

ประเภทผู้ขอรับสิทธิ **I : ผู้ประกันตน**


วิธีการขอรับสิทธิ *

วิธีการรับสิทธิ ธนาคาร

ธนาคาร -- กรุณาเลือก --

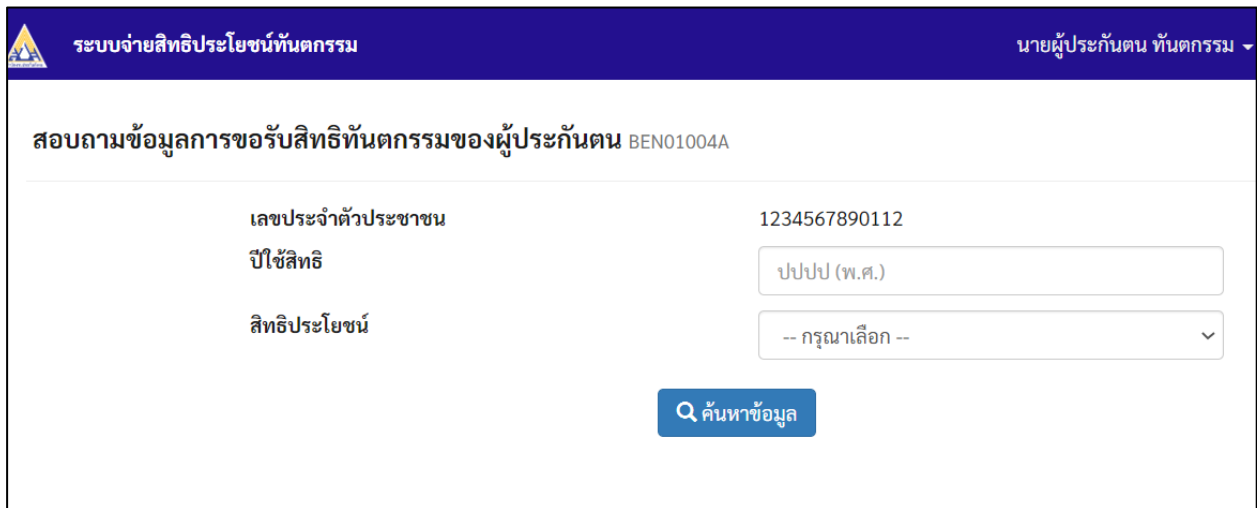
เลขที่บัญชี

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) : เลขที่บัญชี 9876788987


6) แก้ไขข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้คลิกปุ่ม “บันทึกแก้ไขวิธีการรับสิทธิ”  บันทึกแก้ไขวิธีการรับสิทธิ

8. สอบถามข้อมูลการขอรับสิทธิทันตกรรมของผู้ประกันตน


- 1) เลือกเมนู “สอบถามข้อมูลการขอรับสิทธิทันตกรรมของผู้ประกันตน”
- 2) ระบบแสดงหน้าจอ ดังรูป




- 3) ใส่เงื่อนไขการค้นหา เช่น ปีที่ใช้สิทธิ หรือไม่ใส่ก็ได้ และคลิกปุ่ม “ค้นหาข้อมูล”



เลขรับแจ้ง	วันที่ใช้สิทธิ	สิทธิ	ผู้ขอรับสิทธิ	สถานะ	สปส.	รับแจ้งโดย	วันที่รับแจ้ง	สถานะยืนยัน	รายละเอียด
100265900000718	26/07/2565	ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	มีสิทธิ	กรุงเทพมหานคร พื้นที่ 2	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	26/07/2565	✓ ยืนยันแล้ว	

- 4) เลือกคลิก  ทำรายการที่ต้องการดูรายละเอียด ดังตัวอย่าง



เลขรับแจ้ง	วันที่ใช้สิทธิ	สิทธิ	ผู้ขอรับสิทธิ	สถานะ	สปส.	รับแจ้งโดย	วันที่รับแจ้ง	สถานะยืนยัน	รายละเอียด
100265900000718	26/07/2565	ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	มีสิทธิ	กรุงเทพมหานคร พื้นที่ 2	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	26/07/2565	✓ ยืนยันแล้ว	

- 5) ระบบแสดงรายละเอียดรายการที่ยื่นเรื่องไป สามารถดูรายละเอียดการอนุมัติสิ่งจ่ายได้ ดังตัวอย่าง

สอบถามข้อมูลการขอรับสิทธิทันตกรรมของผู้ประกันตน BEN01004B

รายละเอียดผู้ประกันตน

เลขที่รับแจ้ง	100265900000718	สถานะการรับแจ้ง	A : มีสิทธิ
เลขประจำตัวประชาชน	1234567890112	สถานะการยืนยันเบิก	✓ ยืนยันแล้ว
เพศ	-	ชื่อ - สกุล	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม
สัญชาติ	ไทย	วันเกิด	-
สถานประกอบการ	10001	สถานะผู้ประกันตน	A : เป็นผู้ประกันตน
ประเภทสิทธิประโยชน์	1 : เจ็บป่วย	ชื่อสถานประกอบการ	บริษัท ABC จำกัด
สิทธิประโยชน์	11 : ค่าอุดฟัน ถอนฟัน ซุดหินปูน	กรณีรักษา	T : ทันตกรรม
วันที่ใช้สิทธิ	26/07/2565	วันที่รับแจ้ง	26/07/2565
สปส.รับผิดชอบ	1002 : กรุงเทพมหานครพื้นที่ 2		
ผู้บันทึกรับแจ้ง	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	วันที่บันทึก	26/07/2565 11:17 น.
ผู้แก้ไขรับแจ้ง	msirima	วันที่แก้ไข	26/07/2565 12:07 น.

ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ

ประเภทผู้ขอรับสิทธิ	I : ผู้ประกันตน		
วิธีการรับสิทธิ	ธนาคาร		
ธนาคาร	ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)		
เลขที่บัญชี	9876788987	ชื่อบัญชี	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม

รายการรักษาที่เบิก

ชื่อรายการ	จน.เงิน/ หน่วย	เลขฟัน	จำนวน	จน.เงินที่ เบิก	รวม	เบิกได้
111000000 : อุดฟัน	900.00	Q 18,17	2	1,500.00	1,500.00	900.00
รวมทั้งหมด					1,500.00	900.00

รายการเอกสารแนบ

กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเบิกมายัง สปส.ที่ท่านยื่นเรื่องไว้

ใบเสร็จรับเงิน

-

ใบเสร็จรับเงิน

ใบรับรองแพทย์

±

ใบรับรองแพทย์

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก
ธนาคาร

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สถานพยาบาล

รายละเอียดการวินิจฉัย

สถานะอนุมัติ	A : อนุมัติ	จำนวนเงิน	900.00 บาท
หมายเหตุการอนุมัติ	-		
ผู้วินิจฉัย	นางสาวเจ้าหน้าที่ ประกันสังคม	วันที่วินิจฉัย	26/07/2565 12:07

รายละเอียดการสั่งจ่าย

เลขที่คำสั่งจ่าย	เลขประชาชน	สั่งจ่ายให้	จำนวนสั่งจ่าย	สถานะ	วันที่สั่งจ่าย	สถานะอนุมัติ (การเงิน)
100265900000192	1234567890112	นายผู้ประกันตน ทันตกรรม	900.00	I : สร้างใหม่	26/07/2565	: รออนุมัติ

รายละเอียดใบสำคัญรับเงิน

ไม่พบข้อมูล

[← ย้อนกลับ](#)