



ประกาศสำนักงานประกันสังคม  
เรื่อง รับสมัครสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม  
แก่ผู้ประกันตนสำหรับสถานพยาบาลที่เป็นรถทันตกรรม

ด้วยสำนักงานประกันสังคมมีความประสงค์ที่จะรับสมัครสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม (กรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด) แก่ผู้ประกันตน โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศรับสมัครสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติทั่วไป

๑.๑ เป็นสถานพยาบาลของรัฐบาลหรือสถานพยาบาลของเอกชนที่มีคลินิกทันตกรรมหรือสถานพยาบาลของเอกชนประเภทคลินิกที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ที่ได้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และตามกฎหมายกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ หรือเป็นสถานพยาบาลที่ทำบันทึกข้อตกลงในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมกับสำนักงานประกันสังคม

๑.๒ เป็นสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับอนุญาตให้บริการด้วยรถทันตกรรมที่ได้มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๕ และประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง มาตรฐานรถทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๔

๒. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

สถานพยาบาลที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน สามารถขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ได้ที่สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม เลขที่ ๘๘/๒๘ หมู่ที่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่วันที่ ๔ - ๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ หรือกรอกใบสมัครพร้อมแนบเอกสารหลักฐานผ่านระบบ Web application ตั้งแต่วันที่ ๔ - ๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมไม่มีนโยบายขยายวัน เวลา การรับสมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงระยะเวลาการพิจารณาคุณสมบัติสถานพยาบาล และกำหนดวันทำบันทึกข้อตกลงการร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน จึงขอให้สถานพยาบาลที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน (กรณีรถทันตกรรม) กับสำนักงานประกันสังคม ขอรับและยื่นใบสมัครตามวัน เวลา และสถานที่ ตามประกาศฯ นี้อย่างเคร่งครัด

### ๓. เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ในการสมัคร

๓.๑ ใบสมัครเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

๓.๒ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัครเป็นสถานพยาบาล เพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน)

๓.๓ สำหรับสถานพยาบาลเอกชน จะต้องมียกเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ที่ออกให้ไม่เกิน ๖ เดือน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเป็นนิติบุคคล)

(๒) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับปัจจุบัน และ สำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๒)

(๓) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ฉบับปัจจุบัน

(๔) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ที่ยื่นใบสมัคร

(๕) สำเนาใบอนุญาตให้บริการกรณีทันตกรรมด้วยรถทันตกรรม หรือเอกสารที่แสดง ได้ว่าได้รับอนุญาตให้บริการกรณีทันตกรรมด้วยรถทันตกรรม

๓.๔ ข้อมูลอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ของสถานพยาบาล ซึ่งต้องมีข้อความและข้อมูลครบถ้วน

สำนักงานประกันสังคมจะไม่รับพิจารณาการสมัครเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน หากสถานพยาบาลส่งเอกสารและหลักฐานที่ใช้ในการสมัคร ไม่ครบถ้วนทุกกรณี

กรณีมีเหตุผลพิเศษเฉพาะรายที่มีความจำเป็นไม่สามารถส่งเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วนได้ ตามที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงานประกันสังคมเป็นการเฉพาะรายและสำนักงานประกันสังคม เห็นว่าการอนุญาตดังกล่าวเป็นประโยชน์โดยรวมต่อผู้ประกันตน ก็ให้ถือว่าสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถ ปฏิบัติได้ตามที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานประกันสังคม ดุลยพินิจของสำนักงานประกันสังคมดังกล่าวถือว่าเป็นกรณีเฉพาะรายและเป็นที่สุด

### ๔. การพิจารณาและการแจ้งผล

สำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้พิจารณาสถานพยาบาลที่จะได้เข้าร่วมหรือมิได้เข้าร่วม เป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยแจ้งผลเป็นหนังสือ ให้สถานพยาบาลทราบ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายบุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



## สำนักงานประกันสังคม

ใบสมัครเป็นสถานพยาบาล  
เพื่อให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน  
(กรณีรททันตกรรม)

สำหรับเจ้าหน้าที่

หน่วยงาน.....

วันที่รับ.....

เวลา.....น.

### 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 ☐ เป็นสถานพยาบาลในความตกลง  
ในการให้บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมฯ  
☐ ไม่เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม

### ส่วนที่ ๒ ข้อมูลสถานพยาบาล

๑. สำหรับสถานพยาบาลเอกชน
  - ๑.๑ ชื่อจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีที่สถานพยาบาลเป็นนิติบุคคล)  
☐ ห้างหุ้นส่วนจำกัด.....  
☐ บริษัทจำกัด.....  
☐ มูลนิธิ.....
  - ๑.๒ ใบอนุญาตของสถานพยาบาล  
(๑) ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....  
(๒) ชื่อผู้ประกอบการ.....  
(๓) ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....  
(๔) วัน/เวลา เปิดทำการ .....
๒. มีหน่วยทำฟัน (ยูนิตทำฟัน) ทั้งหมดจำนวน.....ตัว
๓. จำนวนทันตแพทย์ (แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมทุกคน)  
(๑) ทันตแพทย์ทั้งหมด.....คน (ทันตแพทย์ประจำและทันตแพทย์ไม่ประจำ)  
(๒) ทันตแพทย์ประจำ.....คน

๔. มีเครื่องเอกซเรย์ฟัน จำนวน.....เครื่อง
๕. มีเครื่อง Autoclave จำนวน.....เครื่อง
๖. มีรถทันตกรรม จำนวน.....คัน เลขทะเบียนรถ.....
- .....
๗. เลขใบอนุญาตรถทันตกรรมเคลื่อนที่ .....

ส่วนที่ ๓ เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณารับสมัคร

๑. ใบสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน
๒. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจลงนามในใบสมัครสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน และติดอากรแสตมป์ให้เรียบร้อย พร้อมด้วยสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

กรณีสถานพยาบาลเอกชน

๓. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ที่ออกให้ไม่เกิน ๖ เดือน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเป็นนิติบุคคล)
๔. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับปัจจุบัน และสำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๒)
๕. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ฉบับปัจจุบัน
๖. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ยื่นใบสมัคร
๗. สำเนาใบอนุญาตให้บริการกรณีทันตกรรมด้วยรถทันตกรรมหรือเอกสารที่แสดงได้ว่าได้รับอนุญาตให้บริการกรณีทันตกรรมด้วยรถทันตกรรม
๘. ข้อมูลอัตราค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุดของสถานพยาบาล

ทั้งนี้ในวันที่ยื่นใบสมัคร หากสถานพยาบาลส่งเอกสารและหลักฐานที่ใช้ในการสมัครไม่ครบถ้วน สำนักงานประกันสังคมสงวนสิทธิที่จะไม่รับใบสมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสถานพยาบาลของข้าพเจ้า ชื่อ.....  
ประสงค์สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน และข้อมูลรายละเอียดที่ปรากฏในเอกสารใบสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลฯ ฉบับนี้ และในเอกสารชี้แจงทุกฉบับ  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นจริงทุกประการ พร้อมนี้ ขอส่งเอกสารสำคัญต่อสำนักงานประกันสังคม  
จำนวน.....รายการ

ประทับตรานิติบุคคล  
(ถ้ามี)

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....)