

## ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับการเพิ่มสิทธิประโยชน์และเพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้ประกันตนในการขอรับประโยชน์ทดแทนตลอดจนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้แก้ไขเปลี่ยนแปลงความในข้อ ๔ และข้อ ๕ ของระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๑ จาก “แบบคำขอค่าบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม (สปส.2-18)” เป็น “แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-18)”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกแบบคำขอค่าบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม (สปส.2-18) ทำระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔ และให้ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-18) ทำระเบียบฉบับนี้แทน

ข้อ ๓ ระเบียบฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

อำมร เชาวลิต

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ  
หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน  
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ .....

วันที่รับ .....

ผู้รับ .....

## สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน .....  
วัน / เดือน /ปีเกิด ..... อายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมลล์.....
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....  
เลขที่บัญชี .....ลำดับที่สาขา .....
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี  
☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร  
พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin)
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน ☐ การปลูกถ่ายอวัยวะ ☐ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน  
☐ ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ☐ ปลูกถ่ายไขกระดูก ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูกตา  
☐ ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่  
☐ ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)
5. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตามข้อ 4  
ชื่อ.....
6. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)  
ชื่อ.....  
โดยสถานพยาบาล ☐ ตอบรับแล้ว ☐ ยังไม่ได้ตอบรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

วันที่...../...../.....

**คำเตือน** ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

## สำหรับเจ้าหน้าที่

### เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ
- ☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ หนังสือรับรองการสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือดูแลหลังผ่าตัดอวัยวะ และรับยากดภูมิคุ้มกัน

### ข้อแนะนำ

1. สามารถยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การปลูกถ่ายไต การฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน
2. กรณีการปลูกถ่ายไต หากยื่นขอรับสิทธิจากสำนักงานประกันสังคมไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนพร้อมที่จะตรวจเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ขอให้ผู้ประกันตนติดต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัด / เขตพื้นที่ ซึ่งยื่นขอรับสิทธิไว้เพื่อออกหนังสือถึงสถานพยาบาลที่ประสงค์จะใช้สิทธิปลูกถ่ายไต
3. กรณีปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตหรือกรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ขอให้ส่งเรื่องหรือคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต เพื่อพิจารณาเป็นกรณีเร่งด่วน