



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลนายจ้าง	สำหรับเจ้าหน้าที่
ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน..... ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	เลขที่บัตรประกันสังคม
ข้อมูลผู้ประกันตน	
1. ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง.....ชื่อสกุล..... 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 3. สัญชาติ..... 4. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... 5. เลขประจำตัวประชาชน	
6. สถานภาพครอบครัว ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่ ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ.	
7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่..... ☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่..... ☐ ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ.....นายจ้าง (.....) วันที่.....	
ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล	
8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม.....(ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล) หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ ลำดับที่ 1 ชื่อ..... หรือ ลำดับที่ 2 ชื่อ..... ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน (.....) วันที่.....	

เอกสารที่แนบ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
- ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง
- ☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
- ☐ อื่นๆ.....

(ผู้รับแบบ)

วันที่.....

คำแนะนำ

- ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
- การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้ง ข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย
- การยื่นแบบโดยแจ้งรายชื่อบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ

(คำอธิบายดูด้านหลัง)

คำอธิบาย

ข้อมูลนายจ้าง

1. ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา
2. วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน (ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน)
3. กรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่นๆ

ข้อมูลผู้ประกันตน

1. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าคำนำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☒ นายแล้วกรอก ชื่อ - ชื่อสกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน
2. เพศ ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ เช่น เป็นเพศชายให้ทำเครื่องหมาย ☒ ชาย
3. ให้ผู้ประกันตน กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ
4. วัน เดือน ปี เกิด ให้ผู้ประกันตนกรอกวัน เดือน ปี เกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
5. ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน
6. สถานภาพครอบครัว

หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่

หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ คือ มิได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน

จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่

ตัวอย่าง นางสาวรัก พอดี สมรสแล้วแต่แยกกันอยู่และมีบุตรจำนวน 3 คน เกิด ปี พ.ศ. 2536 (อายุ 7 ปี)
เกิด ปี พ.ศ. 2541 (อายุ 2 ปี) และเกิดปี พ.ศ. 2542 (อายุ 1 ปี)

6. สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☒ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☒ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 2 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ.

2	5	4	1
---	---	---	---

ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ.

2	5	4	2
---	---	---	---

6.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

7. สำหรับชาวต่างชาติหรือคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่มีเอกสารหลักฐานที่ผู้ประกันตนมีอยู่ เช่น ทำเครื่องหมาย ☒ ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

การเลือกสถานพยาบาลในข้อ 8 ให้ผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

หมายเหตุ ในการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส. 1-03) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน (สปส. 6-07) ทุกครั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจตราและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้



สำนักงานประกันสังคม

แบบขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

เลขที่รับ.....
วันที่.....เวลา.....
ลงชื่อ.....ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

1.2 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

2. สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรอง คือ

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 1 ชื่อ หรือ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- สถานพยาบาลสำรอง อันดับ 2 ชื่อ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

4. การรับบัตร

☐ ขอให้ส่งบัตรตามที่อยู่ของสถานประกอบการ

☐ ขอรับบัตรด้วยตนเอง

3. สำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยน / แก้ไขบัตร

ปัจจุบันข้าพเจ้าใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ

3.1 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ชื่อ

เหตุผล ☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี (สำหรับเจ้าหน้าที่)

☐ ไม่สะดวกไปใช้สิทธิที่สถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

☐ ย้ายที่อยู่ ☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

เอกสารที่แนบ ☐ บัตรฉบับเดิม ☐ หลักฐานการย้ายที่อยู่

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

3.2 ขอแก้ไขบัตรเนื่องจาก

☐ เปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม.....

☐ บัตรเก่าชำรุดเสียหายหรือบัตรสูญหาย

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

เอกสารที่แนบ ☐ บัตรรับรองสิทธิฯ ฉบับเดิม

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับบัตร

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีคลอดบุตร
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง

วันที่รับ

ชื่อผู้รับ

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) ระบุชื่อผู้ประกันตน
3. เลขที่บัตรประกันสังคมของผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน
4. ชื่อสามีหรือภริยาของผู้ประกันตน
- เลขที่บัตรประกันสังคม เลขประจำตัวประชาชน
5. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ
- เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
6. ขอรับ ☐ ค่าคลอดบุตร ☐ เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร (มีสิทธิขอรับได้เฉพาะผู้ประกันตนหญิงเท่านั้น)
7. วัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร
8. วิธีการคลอดบุตร ☐ คลอดปกติ ☐ ผ่าตัด
9. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคาร
- สาขา บัญชีเลขที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

คำแนะนำในการกรอกแบบ (ดูด้านหลัง)

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ สูติบัตรของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้นำสูติบัตรของคู่แฝดมาแสดงด้วย)
- ☐ ทะเบียนสมรสพร้อมสำเนา (กรณีภริยาผู้ประกันตนคลอดบุตร) หากไม่มีทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตน กรณีไม่มีทะเบียนสมรส
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาบัตรประกันสังคม
- ☐ หนังสือรับรองของนายจ้าง

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน
4. กรอกชื่อ ชื่อสกุล สามีหรือภริยาของผู้ประกันตน เลขที่บัตรประกันสังคม (กรณีสามีหรือภริยาเป็นผู้ประกันตน) และเลขประจำตัวประชาชน
5. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หรือทำงานครั้งสุดท้าย (กรณีออกจากงานแล้ว) หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
6. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการขอรับประโยชน์ทดแทน
7. กรอกวัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร
8. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ ว่าเป็นการคลอดบุตรวิธีใด
9. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินผ่านธนาคาร บัญชีเงินฝากจะต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิ เท่านั้น
10. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีสงเคราะห์บุตร
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง.....

วันที่รับ.....

ชื่อผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) ระบุชื่อผู้ประกันตน.....

3. เลขที่บัตรประกันสังคมของผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน

4. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....

เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

5. บุตรที่จะใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร เรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง

5.1 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขประจำตัวประชาชนของบุตร

5.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขประจำตัวประชาชนของบุตร

6. ชื่อคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของบุตร.....

เลขที่บัตรประกันสังคม เลขประจำตัวประชาชน

7. ขอรับเงินผ่านธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ..... คู่สมรสผู้ให้ความยินยอม

(.....)

วันที่...../...../.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ (ดูด้านหลัง)

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน/คู่สมรส

☐ สำเนาบัตรประกันสังคม

☐ สำเนาทะเบียนสมรส/ทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน (กรณีจดทะเบียนหย่า)

☐ สูติบัตรของบุตรพร้อมสำเนา

☐ หนังสือรับรองของนายจ้าง

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน
4. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
5. กรอกชื่อบุตรที่ต้องการจะใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนโดยเรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง พร้อมวัน เดือน ปีเกิด เลขประจำตัวประชาชนของบุตร
6. กรอกชื่อบิดาหรือมารดาของบุตรตามข้อ 5 เลขที่บัตรประกันสังคม (กรณีบิดาหรือมารดาของบุตรเป็นผู้ประกันตน) และเลขประจำตัวประชาชน
7. กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากให้ถูกต้องครบถ้วน (บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น)
8. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) และคู่สมรสของผู้ประกันตน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ

ជូនដំណឹង.....

- วันที่...../...../.....

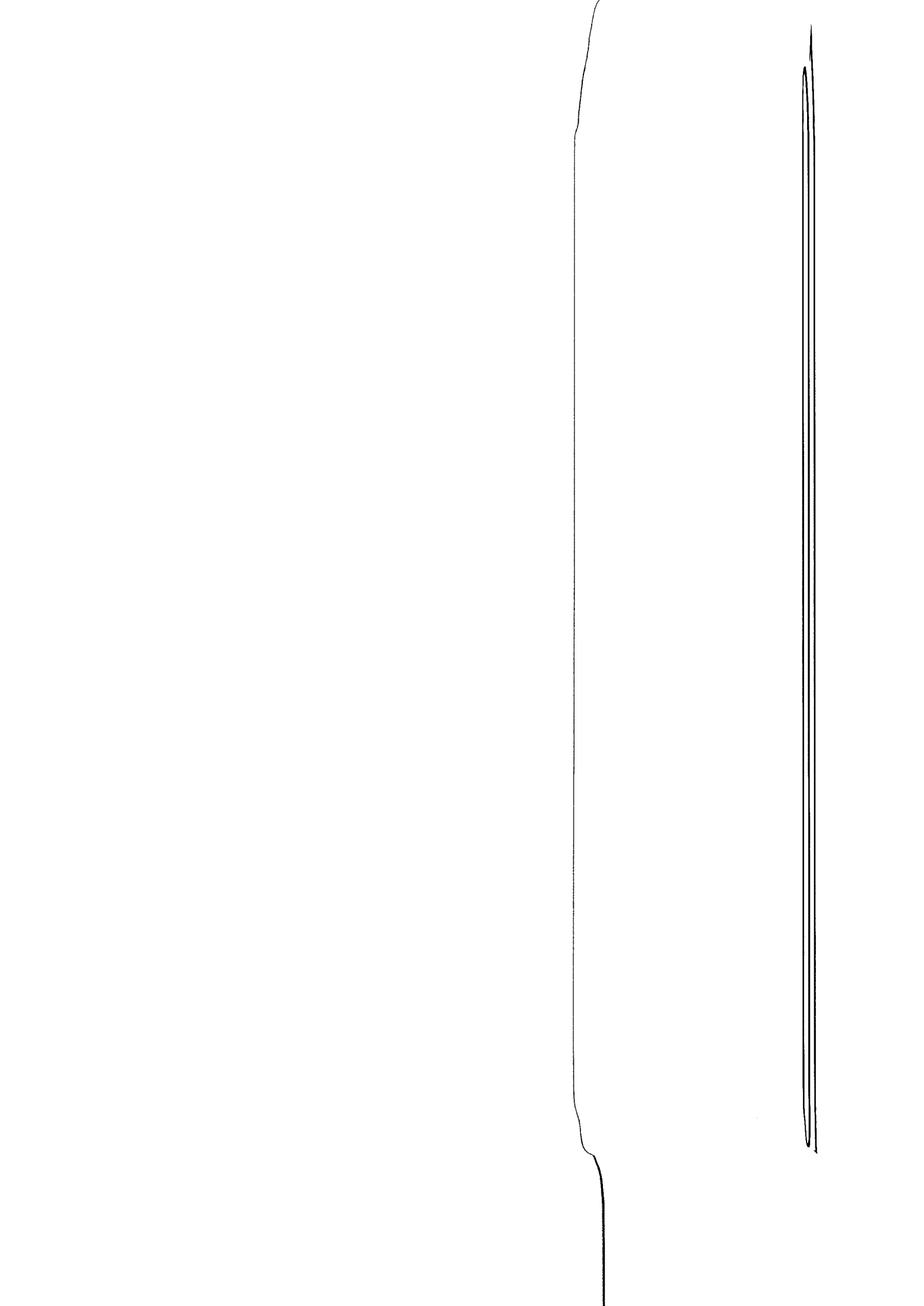
คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือนุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือนุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนกรณีว่างงานหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงาน หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
3. กรอกสาเหตุการออกจากงานกรณีถูกเลิกจ้างให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น ลดพนักงาน / เลิกกิจการ / กระทบความผิด
4. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
5. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

อนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินผ่านธนาคารให้ 6 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น





สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

 1. ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

 2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ☐ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....

 เลขประจำตัวประชาชน

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....

 เลขที่บัญชี

 ลำดับที่สาขา

 4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ..... ☐ ธนาคาร.....

สาขา..... บัญชีเลขที่..... (ดูรายละเอียดในคำแนะนำ ข้อ 4)

5. ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีเจ็บป่วย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ ค่ารักษาพยาบาล (ให้กรอกข้อ 1-5) ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ (ให้กรอกข้อ 4 และ 5) ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ (ให้กรอกข้อ 6)	1. กรณี ☐ อุบัติเหตุ ☐ จุกเฉิบ ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ประเภท ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผ่าตัด 2. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... 3. สาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามบัตร รับรองสิทธิ..... 4. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล..... 5. จำนวนเงินที่จ่าย ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ คือ..... เป็นเงิน.....บาท 6. วัน เดือน ปี ที่เริ่มขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... วันที่กลับเข้าทำงาน.....	☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ) ☐ หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงิน ทดแทนการขาดรายได้) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทน การขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณี ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความ จำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภท อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีคลอดบุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ ค่าคลอดบุตร ☐ เงินสงเคราะห์การหยุดงาน เพื่อการคลอดบุตร (มีสิทธิ เบิกได้เฉพาะผู้ประกันตน หญิงเท่านั้น)	1. วัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร..... 2. ชื่อสามีหรือภริยาของผู้ประกันตน..... เลขประจำตัวประชาชน 3. วิธีการคลอดบุตร ☐ คลอดปกติ ☐ ผ่าตัด	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร (กรณีคลอดบุตรแฝด ให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร (กรณีคลอดบุตรแฝด ให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) ☐ สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียน สมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตน กรณีไม่มีทะเบียนสมรส

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีทุพพลภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ค่ารักษาพยาบาล (กรอกข้อ 1) ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ (กรอกข้อ 1 และ 2) ☐ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ (กรอกข้อ 1 และ 3)	1. วัน เดือน ปี ที่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล..... ด้วยโรค..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาชื่อ..... ค่ารักษาเป็นเงิน.....บาท 2. ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ คือ..... เป็นเงิน.....บาท 3. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ..... ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเงิน.....บาท	☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/ อุปกรณ์) ☐ สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะ เทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/ อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีตาย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ ค่าทำศพ (กรอกข้อ 1 และ 2) ☐ เงินสงเคราะห์ (มีสิทธิเบิกได้ เฉพาะผู้ประกันตนที่ส่งเงิน สมทบมาแล้วตั้งแต่ 36 เดือน ขึ้นไป/กรอกข้อ 1 และ 3)	1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย..... สาเหตุการตาย..... 2. ผู้ยื่นคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตน โดยเป็น ☐ บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหน้าที่หรือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและ จัดการศพจริง ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ 3. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์กรณีตายเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น ☐ บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหน้าที่หรือระบุให้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร	กรณีขอรับค่าทำศพ ☐ สำเนามรณบัตร ☐ หลักฐานจากฌาปนสถาน หรือมัสยิดที่ แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ. กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนา ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และ ของบิดามารดา (ถ้ามี) ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้าน ของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีสงเคราะห์บุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ เงินสงเคราะห์บุตร	1. บุตรที่ใช้สิทธิ เรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง 1.1 ชื่อ.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร [][][][][][][][][][][][][][][] 1.2 ชื่อ.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร [][][][][][][][][][][][][][][] 2. ชื่อคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของบุตร 2.1 เลขประจำตัวประชาชน [][][][][][][][][][][][][][][] 2.2 เลขประจำตัวประชาชน [][][][][][][][][][][][][][][] (กรณีคู่สมรสมิได้เป็นบุคคลเดียวกับข้อ 2.1)	☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า ของผู้ประกันตน หรือสำเนาทะเบียนรับรอง บุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของ ศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภท ออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี ของผู้ยื่นคำขอ

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีชราภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ เงินบำนาญชราภาพ ☐ เงินบำนาญชราภาพ (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป)	☐ วัน เดือน ปี ที่ออกจากงาน..... ☐ วัน เดือน ปี ที่ทุพพลภาพ..... ☐ วัน เดือน ปี ที่ตาย.....	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย ☐ สำเนาธนาบัตร ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับบำนาญชราภาพ ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรในช่วงเวลาเดียวกันข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ เจ็บป่วย ☐ คลอดบุตร ☐ ทุพพลภาพ ☐ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ (ดูด้านหลัง)

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือนุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือนุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือนุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือนุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

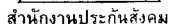
3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากให้ให้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถรับได้เฉพาะธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) สำหรับกรณีสงเคราะห์บุตรสามารถรับได้ที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) (บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น)
5. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ต้องการ
6. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
7. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ



સપ્સ. 1-23/1

คำขอรับเงินคืน
(นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ ๘๖

วันที่รับ

1. ชื่อสถานประกอบการ ☐ บริษัท ☐ ห้างหุ้นส่วน ☐ เจ้าของคนเดียว.....
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

2. ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้คือ

ประจำเดือน/พ.ศ.

ส่วนของนายจ้าง

ส่วนของผู้ประกันตน

528

4. ขอรับเงินคืน ☐ ทุกสาขา ☐ เฉพาะสาขาลำดับที่..... (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

5. จ่ายเงินเกินเนื่องจาก.....

6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล หรือสำเนาทะเบียนพาณิชย์

- ☐ บัญชีรายชื่อผู้ประกันตนพร้อมจำนวนเงินที่ขอคืนแต่ละคน

- ☐ ใบมอบอำนาจกระทำการแทน

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

- ☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ยื่นวันที่

หมายเหตุ ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตน มิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่น่าส่งเงิน หรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม .

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน.....

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้.....

เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

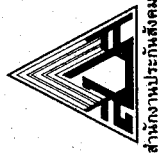
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ

สปส.1-10 (ส่วนที่ 1)

ชื่อสถานประกอบการ.....
ชื่อสาขา (ถ้ามี).....
ที่ตั้งสำนักงานใหญ่/สาขา.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา

อัตราเงินสมทบร้อยละ.....

การนำส่งเงินสมทบสำหรับค่าจ้างเดือน.....พ.ศ.....		
รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
1. เงินค่าจ้างทั้งสิ้น		
2. เงินสมทบผู้ประกันตน		
3. เงินสมทบนายจ้าง		
4. รวมเงินสมทบที่นำส่งทั้งสิ้น		
()		
5. จำนวนผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบ		คน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้เป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ

พร้อมนี้ได้แนบ

- ☐ รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ จำนวน.....แผ่น หรือ
- ☐ แผ่นจากแม่เหล็ก จำนวน.....แผ่น
- ☐ อินเตอร์เน็ต
- ☐ อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)



ตำแหน่ง.....
ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ชำระเงินวันที่.....
เงินเพิ่ม (ถ้ามี).....บาท.....สตางค์
ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....
ลงชื่อ.....
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ชำระเงินวันที่.....
ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....
ประทับตราธนาคาร.....
ลงชื่อ.....
(.....)

15

6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีค่าจ้าง ให้กรอกช่อง 1-5 ด้วย

946555

หนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี.....

ชื่อสาขา..... ลำดับที่สาขา.....

สถานประกอบการ/สาขาดังอยู่เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

[illegible]

หมายเหตุ 1. สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
ลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน

2. ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่เลิกเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือน ถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นจะมีความผิดต่อพระราชโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

หมายเหตุ

1. ลาออก
2. สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
3. เลิกจ้าง
4. เกษียณอายุ
5. ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออก
6. ตาย

.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทีปตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

(คำอธิบายดูด้านหลัง)

คำอธิบาย

1. กรอกรชื่อสถานประกอบการและชื่อสาขาพร้อมเลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา ที่ตั้งสถานประกอบการ หรือสาขา ตามที่ได้แจ้งขึ้นทะเบียนมาข้างไว้
กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา กรุณาใส่ 000000 ลงที่ช่องลำดับที่สาขา
2. กรอกลำดับที่ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนให้ชัดเจน
3. กรอก วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีลาออกหรือสิ้นสุดระยะเวลาจ้าง หรือเลิกจ้าง หรือเกษียณอายุ หรือ ไล่ออก/ปลดออก/
ให้ออกเนื่องจากกระทำผิด หรือละทิ้งหน้าที่ 7 วัน ทำงานติดต่อกัน โดยไม่มีสาเหตุอันสมควร คือวันที่ถัดจากวันสุดท้ายที่ผู้ประกันตนมาทำงานเช่น
ผู้ประกันตนมาทำงานวันสุดท้ายวันที่ 31 พฤษภาคม 2547 ให้กรอกวันที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนเป็นวันที่ 1 มิถุนายน 2547 กรณีตาย ระบุวัน
เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย
4. กรอกรสาเหตุการออกจากงาน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ต้องการดังนี้
 - กรณีลาออก (เช่น ลาออกด้วยเหตุผลส่วนตัว สมัครใจออกจากงานก่อนเกษียณอายุ ไม่ประสงค์จะไปทำงานเนื่องจากนายจ้าง
ย้ายสถานประกอบการ เป็นต้น) ให้ ✓ ในช่อง 1
 - กรณีสิ้นสุดระยะเวลาจ้าง หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุสิ้นสุดสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างไว้แน่นอน (เช่น งานในโครงการ
เฉพาะที่ไม่ใช่ปกติของธุรกิจ หรือการค้าของนายจ้าง ซึ่งต้องมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของงานที่แน่นอน เป็นต้น) ให้ ✓ ในช่อง 2
 - กรณีเลิกจ้าง (เช่น นายจ้างยุบเลิกตำแหน่งงาน ลดจำนวนพนักงาน นายจ้างเลิกกิจการ ปิดกิจการ ละทิ้งหน้าที่ไม่ถึง 7 วันทำงานติดต่อกัน เป็นต้น)
ให้ ✓ ในช่อง 3
 - กรณีเกษียณอายุ หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน ให้ ✓ ในช่อง 4
 - กรณีไล่ออก/ปลดออก/ให้ออก เนื่องจากกระทำผิด หรือละทิ้งหน้าที่ 7 วันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร ให้ ✓ ในช่อง 5
 - กรณีตาย ให้ ✓ ในช่อง 6