



แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

(สปส.1-40/5)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ ชื่อ - ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3 ☐ ผู้มีสิทธิ

3. มีความประสงค์ขอรับเงินไม่พึงชำระคืน กรณี

☐ ไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่..... ☐ ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่.....

☐ กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ตั้งแต่..... ☐ เปลี่ยนแปลงรูปแบบทางเลือก ตั้งแต่.....

☐ กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ตั้งแต่..... ☐ ผู้ประกันตนเสียชีวิต ตั้งแต่.....

☐ ชำระเงินสมทบก่อนเป็นผู้ประกันตน ☐ ชำระเงินสมทบไว้เกิน/ชำระเงินสมทบผิดทางเลือก/อื่นๆ

โดยขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารอิสลามฯ ปณ..... ☐ ธนาคาร.....

☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

4. กรณีผู้ประกันตนมีชีวิต เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

☐ หนังสือมอบอำนาจ

กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ

☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน

☐ ทะเบียนสมรสบิดา มารดาของผู้ประกันตน

☐ ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)

☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ

☐ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)

☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน

☐ หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)

☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน

☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้า เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็น
เจ้าของส่วนบุคคล หรือข้าพเจ้า/ผู้ประกันตน รับเงินโดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินที่ได้รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้า ยินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิหรือที่รับ
ไปเกินสิทธิดังกล่าวแล้วกรณีตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้า ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า ในครั้งนี้
หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนจากสำนักงาน ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่น่าส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....

ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....

ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติเงินไม่พึงชำระให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....