

แบบแสดงเหตุการณ์การยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนเกินระยะเวลาที่กำหนด ๒ ปี

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

๒. อยู่ในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตน.....)

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

๓. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ คลอดบุตร ☐ ทุพพลภาพ ☐ ตาย

☐ สงเคราะห์บุตร ☐ ชราภาพ ☐ ว่างงาน

๔. เหตุที่ข้าพเจ้าไม่ได้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนภายในกำหนดเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่มีสิทธิ (ระบุวันที่มีสิทธิ.....)

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่..... / /

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

☐ เห็นควรอนุมัติ ☐ ไม่ควรอนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... / /

ความเห็นของหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงาน

☐ เห็นควรอนุมัติ ☐ ไม่ควรอนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... / /

ความเห็นของผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/ประกันสังคมจังหวัด/หัวหน้าสาขา

☐ เห็นควรอนุมัติ ☐ ไม่ควรอนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... / /

หมายเหตุ : ๑.ผู้ว่าราชการจังหวัดลงนามในฐานะผู้รับมอบอำนาจจากเลขาธิการตามคำสั่งสำนักงานประกันสังคม ที่ ๕๓๗๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

หากผู้ว่าฯ มอบอำนาจให้ประกันสังคมจังหวัดสั่งการเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนให้ประกันสังคมจังหวัดลงนามในฐานะปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าฯ

๒.ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ลงนามในฐานะผู้รับมอบอำนาจจากเลขาธิการตามคำสั่งสำนักงานประกันสังคม

ที่ ๕๓๗๔/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ในฐานะปฏิบัติกราราชการแทนเลขาธิการ