

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่
อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน มือถือ อีเมล

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน
เลขประจำตัวประชาชน
หลักฐานที่นำมาแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ระบุ.....

3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร
☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน อื่นๆ (โปรดระบุ)
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้นำยื่นคำขอ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอ ข้อ 3

☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน
วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล
วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล
วันที่

ด้วยสาเหตุ/โรค

☐ ทูพพลภาพ () เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน ด้วยสาเหตุ/โรค

☐ ตาย วัน เดือน ปี ที่ตาย สาเหตุการตาย.....

() เงินค่าทำศพ () เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ ขราภาพ วัน เดือน ปี เกิด

() วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน () วัน เดือน ปี ที่ตาย

☐ สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) เกิดวันที่.....
2) เกิดวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าฯ เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่า ข้าฯ ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้าฯ/ผู้ประกันตน รับเงินโดยไม่มิสิทธิหรือมีเงินที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มิสิทธิหรือที่รับไปเกินสิทธิดังกล่าวแล้วแต่กรณี ตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าฯ ในครั้งนี้ หรือครั้งต่อไปที่ข้าฯ มิสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอฯ นี้

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่/...../.....

		ผู้ยื่นคำขอ	(ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)
	ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลงชื่อ
2.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)
3.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)
4.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)
5.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)
6.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)
7.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)
8.	 ที่อยู่.....	- - - - ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารดีสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน	 (.....)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ – ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ระบุเครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ระบุเครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และระบุเครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ระบุเครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
7. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มิใช่ยื่นคำขอในฐานะผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยระบุชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องผู้ยื่นคำขอ)

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานฯ ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ หรือ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภผู้ป่วยใน
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ)
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ

ผู้ประกันตนชาย

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือ คำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- ☐ แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ)
- ☐ สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ☐ ทะเบียนบ้านของผู้ตาย และผู้มีสิทธิ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)