



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....

 2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ รับซื้อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน
 3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงาน/สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....
 4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
- ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิฯ
- ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....
- ☐ คลอดบุตร ☐ ค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ วันที่ใช้สิทธิ.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
- ☐ ค่าคลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ☐ สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ☐ ทุพพลภาพ ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้
- ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ☐ ค่าพาหนะ
- ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- ☐ ตาย ☐ ค่าทำศพ ☐ เงินสงเคราะห์กรณีตาย
- ☐ ชราภาพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสงค์อันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มียสิทธิ หรือมิเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มียสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพ จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพ มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ	
<u>กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย</u>	กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สลิปวันลาป่วย (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
<u>กรณีคลอดบุตร</u>	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) ● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส
<u>กรณีฝากครรภ์</u>	● ใบเสร็จรับเงิน ● ใบรับรองแพทย์หรือสำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (ระบุวันที่ตรวจครรภ์และอายุครรภ์)
<u>กรณีทุพพลภาพ</u>	● ใบเสร็จรับเงิน ● ใบรับรองแพทย์ ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
<u>กรณีตาย</u>	กรณีขอรับค่าทำศพ ● สำเนารณบัตร ● หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ ● สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ● สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดาผู้ตาย (ถ้ามี) ● สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร ● หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)
<u>กรณีสงเคราะห์บุตร</u>	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา
<u>กรณีชราภาพ</u>	● สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย ● สำเนารณบัตร ● สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ ● สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) ● สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร ● หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี) กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ ● แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ
<u>กรณีว่างงาน</u>	● สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่ของผู้ยื่นคำขอฯ
<u>หมายเหตุ</u>	♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้