

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน

พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖๑/๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๘”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๑

(๒) ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๕๔

(๓) ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๓)

พ.ศ. ๒๕๕๕

(๔) ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๔)

พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“แบบคำขอ” หมายความว่า แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2 - 01) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล (สปส. 2 - 09) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม (สปส. 2 - 16) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน (สปส. 2 - 18) และแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส. 2 - 01/7)

ข้อ ๕ ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ หรือกรณีว่างงาน และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามแบบคำขอทำยาระเบียบนี้ตามแต่กรณี ดังนี้

(๑) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2 - 01)

(๒) กรณีค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล (สปส. 2 - 09)

(๓) กรณีทันตกรรม ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม (สปส. 2 - 16)

(๔) กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ และรับยากดภูมิคุ้มกัน ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน (สปส. 2 - 18)

(๕) กรณีว่างงาน ใช้แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส. 2 - 01/7)

พร้อมเอกสารที่ระบุในแบบคำขอประกอบการยื่นคำขอต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ได้ทั่วประเทศ

ข้อ ๖ ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยและกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน ให้ผู้ประกันตนแสดงความจำนงตามแบบคำขอเพื่อเลือกใช้สิทธิขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ประเภทใดประเภทหนึ่งได้เพียงประเภทเดียว

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

ปราณิน มุตตามหาราช

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอด้านล่าง

- ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน
- สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....
- ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารออมสิน ปณ. ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

- ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
☐ ประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ.....
☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....
☐ คลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้
☐ สงเคราะห์บุตร
☐ ทูพพลภาพ ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้
☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ☐ ค่าพาหนะ
☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
☐ ตาย ☐ ค่าทำศพ ☐ เงินสงเคราะห์กรณีตาย
☐ ชราภาพ

- หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทูพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทูพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำส่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	กรณีขอรับคำรักษายาบาล และกรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สติ๊กเกอร์ลาป่วย (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย	
กรณีคลอดบุตร	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส	
กรณีทุพพลภาพ	• ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน • สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย	
กรณีตาย	กรณีขอรับค่าทำศพ • สำเนามรณบัตร • หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์	• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) • สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร • หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)
กรณีสงเคราะห์บุตร	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร	หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ
กรณีชราภาพ	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย • สำเนามรณบัตร • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ • สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) • สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร • หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ (ถ้ามี) กรณีบำนาญชราภาพ • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ • แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ	
หมายเหตุ	♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้	

คำแนะนำในการกรอกแบบ

- กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
- ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
- กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา
- ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัท
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน)
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” หน้าข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
- เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

- ชื่อผู้ประกันตน (นาย, นาง, นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่.....
อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
- ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.
- ผลการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ระบุสภาพร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด เดินไม่ได้ ฯลฯ)
- ได้ใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ ชื่อสถานพยาบาล/ร้าน..... ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
- การขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ผ่านมาของผู้ประกันตน
☐ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ กรณีทุพพลภาพ
☐ เคยขอรับเมื่อ ว/ด/ป..... ☐ ไม่เคย
- ขอรับค่า ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ชนิด.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
- หลักฐานที่แนบ ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ ใบรับรองแพทย์ (ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทของอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ด้วย)
- ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารใดส่งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ผู้ประกันตน / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
วันที่...../...../.....

ใบรับรองแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล ตั้งอยู่เลขที่.....
 นายแพทย์/แพทย์หญิง เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 ขอรับรองว่าได้ตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว)
 เข้ารับการตรวจรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ. ด้วยอาการหรือโรค.....

 ผลของการรักษา
 ปรากฏผลของการรักษาเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
 จำเป็นต้องใช้ ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ชนิด.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)
วันที่/...../.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. กรอกวัน / เดือน / ปี ที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
3. กรอกอาการหรือสภาพร่างกายที่ได้รับจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
4. กรอกชื่อที่อยู่ของสถานพยาบาลหรือร้านค้าที่ใส่ยวดยาเทียม / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
5. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกข้อความให้ครบถ้วน
6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ
7. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน)
8. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

หมายเหตุ

- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

□ ใบเสร็จรับเงิน

(.....)

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก

วันที่...../...../.....

ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)

☐ สำเนาเฉพาะเขียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

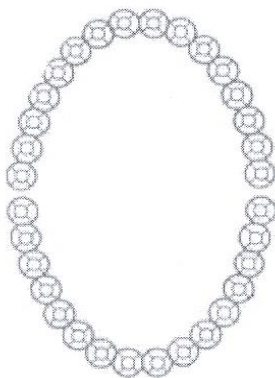
หมายเหตุ

- ◆ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ◆ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ◆ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ◆ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา

วันที่



ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....

เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมทั่วไป 1 ☐ ส.ทันตกรรมเฉพาะ 2 ได้รับ

โปรดทางพันธุกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว) _____

โดย: ผอ.ฟป. ขด- ขด-#

ชื่อ นามสกุล เลขที่

ห้องเรียน / ปีที่ เลขที่

[illegible][illegible]

☐ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ☒ ไม่เสร็จสิ้นแล้ว

$$M = \text{พื้นที่ถอน} / \text{ผ่ตัดพื้นที่ครั้งนี้}$$
$$F = \text{พื้นที่อดครงนี้}$$

A = ฟันเทียมชนิดถอดได้

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวนบาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม
เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ
การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน
วัน / เดือน /ปีเกิด อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล์.....
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชีลำดับที่สาขา
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี
☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรพอยติน (Erythropoietin)
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน ☐ การปลูกถ่ายอวัยวะ ☐ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน
☐ ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ☐ ปลูกถ่ายไขกระดูก ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจุกตา
☐ ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
☐ ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
☐ ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
☐ ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
☐ ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
☐ ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
☐ ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
☐ ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
☐ ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)
5. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตามข้อ 4
ชื่อ.....
6. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)
ชื่อ.....
โดยสถานพยาบาล ☐ ตอบรับแล้ว ☐ ยังไม่ได้ตอบรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ
หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่
สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก
หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341
ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน
ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ
- ☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ หนังสือรับรองการสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือดูแลหลังผ่าตัดอวัยวะ และรับยากดภูมิคุ้มกัน

หมายเหตุ

- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

ข้อแนะนำ

1. สามารถยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การปลูกถ่ายไต การฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน
2. กรณีการปลูกถ่ายไต หากยื่นขอรับสิทธิจากสำนักงานประกันสังคมไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนพร้อมที่จะตรวจเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ขอให้ผู้ประกันตนติดต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/กรุงเทพมหานครพื้นที่ ซึ่งยื่นขอรับสิทธิไว้เพื่อออกหนังสือถึงสถานพยาบาลที่ประสงค์จะใช้สิทธิปลูกถ่ายไต
3. กรณีปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตหรือกรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ขอให้ส่งเรื่องหรือคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต เพื่อพิจารณาเป็นกรณีเร่งด่วน



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีว่างงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบด้านหลัง

- ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ เนื่องจากออกจากงาน (กรณีนี้ให้กรอกข้อ 3 – 6)
☐ เนื่องจากเหตุสุดวิสัย (กรณีนี้ไม่ต้องกรอกข้อ 3 – 6)
☐ ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตนกรณีว่างงาน..... อายุ.....ปี)
- สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนกรณีว่างงานทำงานชื่อ.....สาขา.....
- วัน เดือน ปีที่ออกจากงาน.....
- สาเหตุการออกจากงาน ☐ ลาออก
☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก.....
(กรณีถูกเลิกจ้างเนื่องจากละทิ้งหน้าที่ให้ระบุจำนวนวันที่ละทิ้งหน้าที่จริง)
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- ขึ้นทะเบียนหางานกับสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่/จังหวัด.....
เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าพ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าพ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ
- สำเนาหนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส. 6 -09) (ถ้ามี)
- หนังสือหรือคำสั่งของนายจ้างที่ให้ออกจากงาน (ถ้ามี)
- หนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากเหตุสุดวิสัย กรณีเป็นผู้ประกันตนกรณีว่างงานเนื่องจากเหตุสุดวิสัย

หมายเหตุ

- ◆ กรณีผู้ประกันตนต่างตัวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ◆ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ◆ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ◆ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนหางานภายใน 30 วัน นับแต่วันว่างงานกับนายจ้างรายสุดท้ายจะได้รับประโยชน์ทดแทนครบถ้วนตามสิทธิ หากขึ้นทะเบียนหางานเกิน 30 วัน นับแต่วันว่างงานกับนายจ้างรายสุดท้ายจะได้รับประโยชน์ทดแทนลดลง โดยจะได้ตามสิทธิที่เลื่อนนับแต่วันขึ้นทะเบียนเท่านั้น และจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขให้ครบถ้วนด้วย

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนกรณีว่างงานหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
3. กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงาน หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท... พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. กรอกสาเหตุการออกจากงานกรณีถูกเลิกจ้างให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น ลดพนักงาน/เลิกกิจการ/กระทำความผิด หรือกรณีเกิดเหตุสุดวิสัยไม่สามารถทำงานได้ให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น เกิดอุบัติเหตุ ว่างงาน อุทกภัย หรือกรณีพิพาท เป็นต้น
5. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
อนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินผ่านธนาคาร คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนาชาต จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น