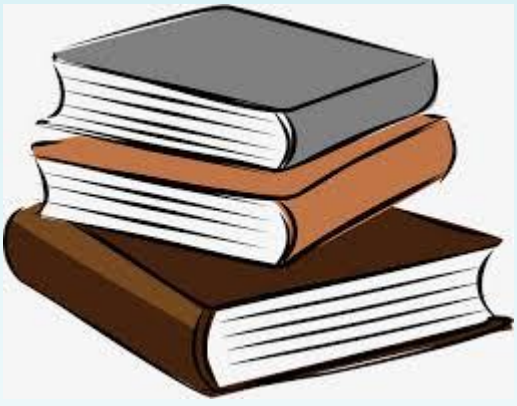
สำนักงานประกันสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน

ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘



สำนักงานประกันสังคม
กระทรวงแรงงาน
มิถุนายน ๒๕๖๒

สารบัญ

		หน้า
กระบวนงานให้บริการคู่มือประชาชนของสำนักงานประกันสังคม และระยะเวลาแล้วเสร็จ จำนวน 36 กระบวนงาน		1
หมวดการขึ้นทะเบียน		
1.	การขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน และ/หรือกองทุนประกันสังคม	3
2.	การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39	15
3.	การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40	22
หมวดการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง		
4.	การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง	30
5.	การเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39	35
6.	การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40	46
หมวดการชำระเงินสมทบ		
7.	การชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง	53
8.	การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)	63
9.	การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39	71
10.	การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40	75
หมวดการขอรับคืนเงินสมทบ		
11.	การขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม	79
12.	การขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม	85
13.	การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)	93
14.	การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)	100
หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม		
15.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	108
16.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม	117
17.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร	124
18.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ	131
19.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (ค่าทำศพ)	138
20.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)	145

หน้า

หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

21. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร 152
22. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ 158
23. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน 167
24. การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 174
25. การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีทุพพลภาพ 182
26. การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย 190
27. การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ 197
28. การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีสงเคราะห์บุตร 205

หมวดการขอรับเงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทน

29. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล) 212
30. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน) 222
31. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ) 232
32. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้) 242
33. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย) 252
34. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ) 262
35. การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย) 272

หมวดการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาล

36. กำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ 281

ภาคผนวก

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ 293

กระบวนงานให้บริการคู่มือสำหรับประชาชนของสำนักงานประกันสังคม
ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558

	งานบริการ จำนวน 36 กระบวนงาน	ระยะเวลาแล้วเสร็จ
หมวดการขึ้นทะเบียน		
1.	การขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน และ/หรือการขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคม	20 นาที
2.	การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39	20 นาที
3.	การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40	15 นาที
หมวดการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง		
4.	การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง	20 นาที
5.	การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39	5 นาที
6.	การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40	5 นาที
หมวดการชำระเงินสมทบ		
7.	การชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง	10 นาที/ราย
8.	การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)	10 นาที/ราย
9.	การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39	10 นาที/ราย
10.	การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40	10 นาที/ราย
หมวดการขอรับคืนเงินสมทบ		
11.	การขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม	70 นาที
12.	การขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม	25 นาที
13.	การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)	40 นาที
14.	การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)	80 นาที
หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม		
15.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	35 นาที
16.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม	25 นาที
17.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร	15 นาที
18.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ	25 นาที
19.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (ค่าทำศพ)	35 นาที
20.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)	45 นาที

	งานบริการ จำนวน 36 กระบวนงาน	ระยะเวลาแล้วเสร็จ
หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม		
21.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร	20 นาที
22.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ	35 นาที
23.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน	30 นาที
24.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	25 นาที
25.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีทุพพลภาพ	25 นาที
26.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย	40 นาที
27.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ	25 นาที
28.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีสงเคราะห์บุตร	40 นาที
หมวดการขอรับเงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทน		
29.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล)	30 นาที
30.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)	30 นาที
31.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)	25 นาที
32.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)	40 นาที
33.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)	30 นาที
34.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)	30 นาที
35.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)	60 นาที
หมวดการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาล		
36.	การกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์	3 นาที

หมวดการขึ้นทะเบียน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน และ/หรือกองทุนประกันสังคม**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเงินสมทบ** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จะต้องขึ้นทะเบียนนายจ้างพร้อมกับขึ้นทะเบียนลูกจ้างเป็นผู้ประกันตนภายใน 30 วันนับแต่มีลูกจ้าง

2. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติมกำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่ยื่นแบบรายการขึ้นทะเบียนนายจ้างวิธีการยื่นแบบรายการ การจ่ายเงินสมทบ ณ สำนักงานแห่งท้องที่ที่นายจ้างยื่นแบบขึ้นทะเบียนภายใน 30 วันนับแต่วันที่นายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ

หมายเหตุ:

1. กรณีนายจ้างยื่นคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะทำหนังสือแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้าง/ ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอและเจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) (ระยะเวลา 3 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> พิจารณาคำขอและดำเนินการกำหนดรหัสประเภทกิจการ กำหนดอัตราเงินสมทบ ประเมินเงินสมทบ และบันทึกข้อมูลทะเบียนสถานประกอบการจากแบบ สปส. 1-01 (ระยะเวลา 15 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> อนุมัติและแจ้งผลการขึ้นทะเบียนนายจ้าง โดยจะได้เลขที่บัญชี/ประเภทกิจการ/อัตราเงินสมทบ/ใบประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน (ระยะเวลา 2 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 20 นาที

หมายเหตุ : ไม่นับระยะเวลาในการดำเนินการเกี่ยวกับลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

<u>สำหรับนายจ้าง</u>

<u>กรณีจดทะเบียนนิติบุคคล</u>

1. แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) จำนวน 1 ฉบับ
2. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ จำนวน 1 ชุด
3. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล
4. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน) จำนวน 1 ชุด
   พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนดและแนบสำนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

<u>กิจการเจ้าของคนเดียว</u>

1. แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) จำนวน 1 ฉบับ
2. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ จำนวน 1 ฉบับ
3. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง
   (1) กรณีเจ้าของคนเดียว ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
   (2) กรณีกิจการร่วมค้า
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการ ที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการ ที่เป็นต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาต ให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

   (3) หนังสือสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
4. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน) จำนวน 1 ฉบับ
   พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนดและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

<u>กรณีห้างหุ้นส่วนสามัญ/นิติบุคคลอาคารชุด/หมู่บ้าน/มูลนิธิ/สมาคม/สหกรณ์</u>

เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบเพิ่มเติม ดังนี้ ข้อบังคับ และรายงานการประชุมแต่งตั้งผู้จัดการ หรือหนังสือจัดตั้งฯ หรือหนังสือรับรองการประชุม

<u>สำหรับลูกจ้าง</u>

1. หนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) (สปส.1-02) จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) จำนวน 1 ฉบับ

   กรณีลูกจ้างเป็นคนต่างด้าวให้แนบสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือเอกสารแสดงตัวแทนหนังสือเดินทางและสำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (Work permit)/ บัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

หมายเหตุ : 1. เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ตามข้อ 2 ขึ้นอยู่กับจำนวนลูกจ้าง
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

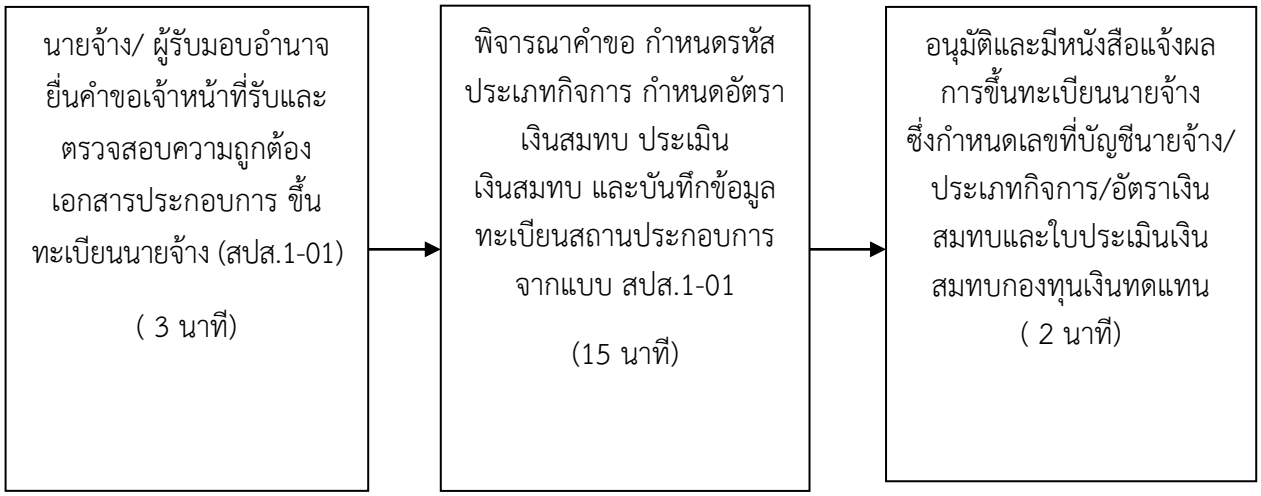
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคมและ/หรือกองทุนเงินทดแทน



<u>สรุป</u> 3 ขั้นตอน 1 จุดบริการ รวมระยะเวลา 20 นาที

หมายเหตุ : ไม่นับระยะเวลาในการดำเนินการเกี่ยวกับลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33
ไม่นับระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลผู้ประกันตนตามมาตรา 33

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01)**
- **ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจ**
- **หนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) สปส.1-02**
- **แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สปส.1-03**

สำนักงานประกันสังคม

แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง

สปส.1-01

สำหรับเจ้าหน้าที่ **เลขที่บัญชี** ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

กองทุนประกันสังคม	**กองทุนเงินทดแทน**
อัตราเงินสมทบ	ประเภทกิจการ..... รหัสประเภทกิจการ ..... อัตราเงินสมทบ .....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่รับแบบ...../...../.....

1. ชื่อสถานประกอบการ.....
   ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
   ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
2. รายชื่อเจ้าของกิจการ หุ้นส่วน หรือกรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล

ชื่อ - ชื่อสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ที่อยู่อาศัย	หมายเลขโทรศัพท์
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอก ข้อความต่อไปจนครบทุกคน)

3. ปัจจุบันมีลูกจ้างรวมทั้งสิ้น.....คน ตามรายละเอียดดังนี้
   3.1 สำนักงานใหญ่ (ตามข้อ 1) จำนวน.....คน
   3.2 ชื่อและที่ตั้งสาขาหรือสถานที่ทำงาน (ถ้ามี) จำนวนทั้งสิ้น.....สาขา/แห่ง ดังนี้
   (1) ชื่อสาขาหรือสถานที่ทำงาน.....จำนวน.....คน
   นำส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา .....
   ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
   ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
   (2) ชื่อสาขาหรือสถานที่ทำงาน.....จำนวน.....คน
   นำส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา .....
   ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
   ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
   (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอก ข้อความต่อไปจนครบทุกสาขา)
4. มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
5. มีผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงในกิจการของสถานประกอบการ (ตามข้อ 3) มี ☐ ไม่มี ☐

   (ในกรณีมีผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ให้ระบุชื่อ ที่อยู่ผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ประเภทของงานที่รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง และจำนวนลูกจ้างของผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงแต่ละราย)

   (1).....
   (2) .....
   (3) .....

6. ประเภทของการประกอบกิจการ

☐ (1) ผลิตหรือประกอบ (ให้ระบุรายละเอียดโดยย่อเกี่ยวกับวัตถุดิบ กระบวนการผลิตและผลผลิตสุดท้าย)

☐ (2) ให้บริการ (ให้ระบุประเภทของการบริการ)

☐ (3) ซื้อขายสินค้า (ให้ระบุประเภทการขายส่ง/ปลีก และสินค้าที่ซื้อขาย)

☐ (4) อื่นๆ (ให้ระบุ).....

รายละเอียดประเภทกิจการ

.....

.....

.....

(ถ้ากระดาษไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอกข้อความต่อไปจนครบทุกกิจการ)

7. ค่าจ้างโดยประมาณเดือนละ.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ พร้อมได้แนบเอกสารต่างๆ ตามที่ได้ระบุไว้ในรายละเอียดด้านล่างมาด้วย จำนวน.....ฉบับ

ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ .....(นายจ้าง)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นวันที่.....

เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบสำหรับการยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง

กรณีจดทะเบียนนิติบุคคล

1. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ
2. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล
3. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

กรณีเจ้าของคนเดียว/กิจการร่วมค้า

1. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ
2. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง
   2.1 กรณีเจ้าของคนเดียว ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
   2.2 กรณีกิจการร่วมค้า
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
   - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล
3. หนังสือสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
4. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

<u>นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น กรณีห้างหุ้นส่วนสามัญ/นิติบุคคลอาคารชุด/หมู่บ้าน/มูลนิธิ/สมาคม/สหกรณ์ เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบเพิ่มเติม ดังนี้</u>

ข้อบังคับ และรายงานการประชุมแต่งตั้งผู้จัดการ หรือหนังสือจัดตั้งฯ หรือหนังสือรับรองการประชุม

<u>หมายเหตุ</u> :เอกสารแต่ละประเภทขึ้นอยู่กับประเภทธุรกิจและลักษณะของนายจ้าง

:กรณีนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ให้แนบสัญญาว่าจ้าง

หนังสือมอบอำนาจ

เลขที่บัญชีสถานประกอบการ.....
เขียนที่.....
วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....
อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ตำแหน่ง.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....และข้าพเจ้า.....
อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ตำแหน่ง.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เป็นผู้มีอำนาจลงนามแทนสถานประกอบการชื่อ
.....ตั้งอยู่เลขที่.....
..... โทรศัพท์.....
ขอมอบอำนาจให้ (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
ตำแหน่ง.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
.....โทรศัพท์.....และ/หรือ
(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....
สัญชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ตำแหน่ง.....
ปัจจุบันพักอยู่บ้านเลขที่.....
โทรศัพท์.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในการดำเนินการเกี่ยวกับ

1. กองทุนเงินทดแทน คือ การแจ้งการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง การขอรับค่ารักษาพยาบาล การให้ถ้อยคำเกี่ยวกับสถานประกอบการ สภาพการจ้าง สวัสดิการและการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง การส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามกฎหมาย การรายงานค่าจ้าง การขึ้นทะเบียนจ่ายเงินสมทบ การจ่ายเงินสมทบและเงินเพิ่ม การนำหลักฐานเอกสารให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ การรับใบแจ้งหนี้ การรับสภาพหนี้ การขอรับเงินสมทบคืน

2. กองทุนประกันสังคม คือ การออกหนังสือรับรองการหักเงินสมทบและการจ่ายค่าจ้างตลอดจนชี้แจงให้ถ้อยคำเกี่ยวกับสภาพการจ้าง สภาพการทำงาน นำส่งเอกสารการเงิน ลงนามรับรองแก้ไขเพิ่มเติมเอกสาร การขึ้นทะเบียน การขอรับประโยชน์ทดแทน การรับสภาพหนี้ การขอรับเงินสมทบคืน และแสดงหลักฐานต่าง ๆ ของสถานประกอบการและพนักงาน ลูกจ้าง อันเกี่ยวกับพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

โดยข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้กระทำการไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ

ปิดอากรแสตมป์

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....) (.....)

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นลายมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ และผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....พยาน
(.....) (.....)

<u>การมอบอำนาจ</u>

1. ในกรณีที่ผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคล ผู้มอบอำนาจ คือผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลนั้น และถ้ามีตราสำคัญของนิติบุคคลให้ประทับตราสำคัญด้วย
2. การมอบอำนาจ เรื่องใดที่ไม่ต้องการมอบอำนาจ ให้ขีดออก
3. อย่ากรอกข้อความให้ต่างลายมือ และใช้น้ำหนักต่างกัน ถ้าใช้พิมพ์ดีดต้องเป็นเครื่องเดียวกัน
4. ถ้ามีรอยขูด ลบ ต่อเติม แก้ไข หรือขีดฆ่า ต่อเติมกี่คำ ให้ผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกแห่ง
5. อย่าลงลายมือชื่อผู้มอบอำนาจก่อนกรอกข้อความโดยครบถ้วน และถูกต้องตามความประสงค์แล้ว
6. ให้มีพยานอย่างน้อย 1 คน
7. ก. มอบอำนาจให้บุคคลเดียวหรือหลายคนกระทำการครั้งเดียว ค่าอากรแสตมป์ 10.- บาท
   ข. มอบอำนาจให้บุคคลเดียวหรือหลายคนร่วมกระทำการมากกว่าครั้งเดียวค่าอากรแสตมป์ 30.- บาท
   ค. มอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว โดยให้บุคคลหลายคนต่างคนต่างกระทำกิจกรรมแยกกัน ให้ติดอากรรายตัวบุคคลที่รับมอบ ค่าอากรแสตมป์คนละ 30.- บาท
8. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

หนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03)

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐

ชื่อสาขา ..... ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

ตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....

นำส่ง สปส.1-03 จำนวน.....แผ่น

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

<u>คำแนะนำในการกรอกแบบ</u>

นายจ้างมีหน้าที่รวบรวมแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) โดยใช้แบบ สปส.1-02 เป็นหนังสือนำส่งในการยื่นต่อสำนักงานประกันสังคมโดยให้ดำเนินการดังนี้

1. แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สปส.1-03 ให้ใช้กับลูกจ้างทั้งที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและลูกจ้างที่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้ว โดยไม่ต้องยื่นแบบขอรับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส.9-02) อีก
2. ให้นายจ้างกรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ชื่อสาขาและลำดับที่สาขา กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการ ซึ่งไม่มีสาขา กรุณาใส่ 000000 ลงในช่องลำดับที่สาขา และกรอกชื่อสถานที่ตั้งของสถานประกอบการหรือสาขาลงในหนังสือนำส่ง (สปส.1-02) พร้อมระบุจำนวน สปส.1-03 ที่นำส่ง กรณีเป็นสถานประกอบการสาขาให้แยก สปส.1-03 ตามลำดับที่สาขาพร้อมทั้งทำหนังสือนำส่ง (สปส.1-02) เช่นเดียวกัน
3. ผู้ลงชื่อในหนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน เป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
4. โปรดตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบ สปส.1-03 พร้อมเอกสารที่แนบ
5. ให้นายจ้างแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน หากฝ่าฝืนอาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำนักงานประกันสังคม

แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สปส.1-03

① ข้อมูลนายจ้าง

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ลำดับที่สาขา

วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน..... ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

② ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 ☐ ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

☐ เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง 1. ..... 2. .....

2.2 ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

2.3 เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว)

2.4 สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน ..... คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐ ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

2.5 สภาพร่างกาย ☐ 1.ปกติ ☐ 2.พิการ **แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

ระบุประเภทความพิการ ☐ 2.1 ทางการมองเห็น ☐ 2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 2.3 ทางการเคลื่อนไหว ☐ 2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม

☐ 2.5 ทางสติปัญญา ☐ 2.6 ทางการเรียนรู้ ☐ 2.7 ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าว **ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร** ดังนี้

☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่..... **หรือ**

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....เลขที่..... และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ .....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

③ ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ.....

☐ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ลำดับที่ 1. .....

ลำดับที่ 2. .....

ลำดับที่ 3. .....

☐ ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1. .....

ลำดับที่ 2. .....

ลำดับที่ 3. .....

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัตรประกันสังคม

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

☐ ไม่สมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล..... ลงชื่อ.....ผู้รับแบบ/เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ในการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.6-07) ทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้

(คำเตือนและคำอธิบายดูด้านหลัง)

คำเตือน 1. นายจ้างผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตน กรณีนิติบุคคลต้องเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ

2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง เช่น ลูกจ้างลาออกหรือถูกเลิกจ้าง ให้แจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบ สปส.6-09 หากฝ่าฝืน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. การยื่นแบบเป็นเท็จ เช่น นำบุคคลที่ไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำการกรอกแบบ

1. ให้เลือก ☑ ในหัวข้อที่ต้องการ
2. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ให้นายจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ① และลูกจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ②
   (ข้อ 2.1 – 2.6 สำหรับผู้ประกันตนคนไทยและคนต่างด้าว และ ข้อ 2.5 สำหรับคนพิการ)
3. ข้อมูลการเลือก/ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ให้ลูกจ้างกรอกข้อมูล ③
   สำนักงานประกันสังคมจะเลือกสถานพยาบาลตามลำดับ 1 – 3 หากสถานพยาบาลใดเต็มศักยภาพจะเลือกสถานพยาบาลถัดไปให้ผู้ประกันตน
4. เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้นายจ้างและลูกจ้างลงลายมือชื่อ

1. ข้อมูลนายจ้าง

1.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงช่องลำดับที่สาขา

1.2 ทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ให้กรอกเลขที่บัตรประชาชนของเจ้าของกิจการกรณีเป็นกิจการเจ้าของคนเดียว และเลขทะเบียนนิติบุคคล กรณีสถานประกอบการจดทะเบียนนิติบุคคล

1.3 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน และกรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่น ๆ

2. ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 กรณีไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อน ให้ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือกรณีทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง และระบุชื่อสถานประกอบการทุกแห่ง

2.2. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☑ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☑ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน ให้กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ วัน เดือน ปีเกิด ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน

2.3 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม

2.4 สถานภาพครอบครัว ให้ทำเครื่องหมายช่อง ☑ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ (แล้วแต่สถานภาพของแต่ละบุคคล)

หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่สมรสใหม่

หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ คือ มิได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่

2.4.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี กรุณากรอก พ.ศ. ปีเกิด

2.4.2 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☑ 2. สมรส ☑ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☑ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. 25532 ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. 2555 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. 2557

2.5 สภาพร่างกาย หากปกติ ☑ ปกติ หากพิการ ☑ พิการ และให้ระบุประเภทความพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ 1. ทางการมองเห็น 2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3. ทางการเคลื่อนไหว 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ทางสติปัญญา 6. ทางการเรียนรู้ 7. ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง ☐ ที่ผู้ประกันตนมีเอกสารหลักฐาน เช่น หนังสือเดินทาง ทำเครื่องหมาย ☑ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) กรณีมีเอกสารอื่น เช่น ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำเครื่องหมาย ☑ อื่น ๆ (ระบุ) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

3. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

กรณีลูกจ้างเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วให้ทำเครื่องหมาย ☑ มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลปัจจุบันที่ใช้สิทธิ หากไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้ ☑ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล หากต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ☑ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

กรณีลูกจ้างไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนหรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้วแต่ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ หรือบัตรรับรองสิทธิฯ หมดอายุ ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักเงินสมทบ สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เมื่อออกจากงานและประสงค์จะประกันตนเองสามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ได้

- คุณสมบัติของผู้สมัคร

1.เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 นำส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และออกจากงานไม่เกิน 6 เดือน
2.ต้องไม่เป็นผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพจากกองทุนประกันสังคม

- การยื่นใบสมัคร

ต้องยื่นใบสมัครตามแบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (แบบ สปส. 1-20) ด้วยตนเอง ภายใน 6 เดือน นับแต่วันที่ออกจากงาน

- เงินสมทบที่ต้องนำส่งสำนักงานประกันสังคมเดือนละ 432 บาทต่อเดือน เงินที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ คือ เดือนละ 4,800 บาท เท่ากันทุกคน โดยคิดจากอัตราเงินสมทบ 9 % (4,800 X 9 % = 432 บาทต่อเดือน)
- สิทธิประโยชน์ ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครอง 6 กรณี (กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ) ต่อเนื่องจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33

เหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 สิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน

1. ตาย
2. กลับเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33
3. ลาออก
4. ไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกัน (สิ้นสภาพตั้งแต่เดือนแรกที่ไม่ส่งเงินสมทบ)
5. ภายในระยะเวลา 12 เดือน ส่งเงินสมทบไม่ครบ 9 เดือน (สิ้นสภาพในเดือนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 9 เดือน)

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯจะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
3. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอและเอกสารประกอบ และตรวจสอบข้อมูลการเป็นผู้ประกันตนและข้อมูลการนำส่งเงินสมทบ (ระยะเวลา 10 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลแบบแสดงความจำนงขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่อนุมัติการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 20 นาที

หมายเหตุ : กรณีนายจ้างยังไม่ได้แจ้งลาออกให้แก่ผู้ประกันตน หรือมีการนำส่งเงินสมทบไม่ครบ 12 เดือน หรือสงสัยว่าผู้ประกันตนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จริงหรือไม่ ต้องทำการแจ้งนายจ้างให้แจ้งลาออกให้แก่ผู้ประกันตนก่อน หรือต้องทำการตรวจสอบการนำส่งเงินสมทบ หรือตรวจสอบนิติสัมพันธ์การเป็นนายจ้าง/ลูกจ้าง ก่อนการรับสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ใช้ระยะเวลาเกิน 20 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 39 (สปส. 1-20) จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่มีรูปถ่ายที่ใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ฉบับจริง จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีประสงค์จะชำระเงินสมทบโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประสงค์สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : 1. ธนาคารที่ให้บริการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทยฯ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) และธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

(ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ต้องรับรองลายมือชื่อเจ้าของบัญชีจากธนาคารมาก่อน)

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

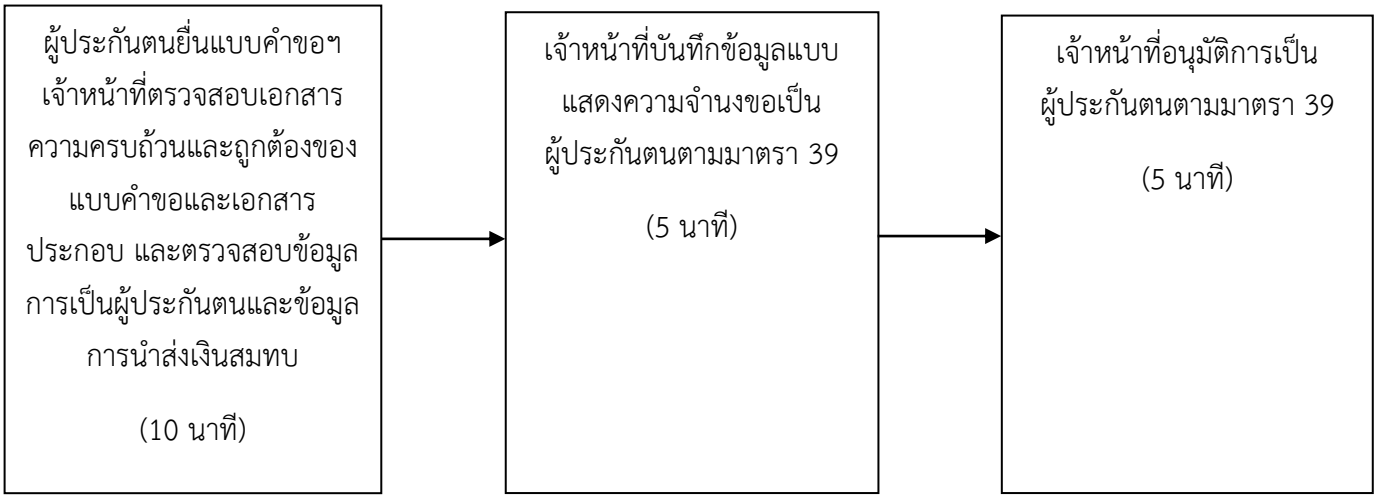
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ. พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39
(กรณีข้อมูลผู้ประกันตนถูกต้องครบถ้วน)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 20 นาที

หมายเหตุ : กรณีนายจ้างยังไม่ได้แจ้งลาออกให้แก่ผู้ประกันตน หรือมีการนำส่งเงินสมทบไม่ครบ 12 เดือน หรือสงสัยว่าผู้ประกันตนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จริงหรือไม่ ต้องทำการแจ้งนายจ้างให้แจ้งลาออกให้กับผู้ประกันตนก่อน หรือต้องทำการตรวจสอบการนำส่งเงินสมทบ หรือตรวจสอบนิติสัมพันธ์การเป็นนายจ้าง/ลูกจ้างก่อนการรับสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ใช้ระยะเวลาเกิน 20 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20)

สปส.1-20

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

1. ข้าพเจ้า ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว.....ชื่อสกุล.....
   เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐
   (คนต่างด้าวกรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)
   วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี
2. สถานที่ติดต่อปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
   ถนน.....แขวง/ตำบล.....
   เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
3. สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ.....
   เมื่อวันที่.....สาเหตุ ☐ ลาออก ☐ เกษียณ ☐ เลิกจ้าง
   ☐ ประกอบอาชีพอิสระ ☐ อื่น ๆ .....
4. ก่อนออกจากงานได้รับค่าจ้างเป็นเงินจำนวน.....บาท/เดือน
5. ขอเลือกสถานพยาบาล.....
6. มีโรคประจำตัว ☐ความดันโลหิตสูง ☐อัมพาต ☐เบาหวาน ☐หัวใจ ☐มะเร็ง ☐ไต
   ☐อื่น ๆ ..... ☐ไม่มีโรคประจำตัว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการพร้อมนี้ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา จำนวน.....ฉบับ

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ☐☐/☐☐ ☐☐☐☐☐☐
วันที่รับ.....
เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39
ตั้งแต่วันที่.....
☐☐☐☐☐☐ ☐☐

☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐
☐

☐☐☐☐☐☐☐

☐

ผู้มีสิทธิสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39	หลักฐานตามระเบียบสำนักงานประกันสังคม
1. ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 2. จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน 3. สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง 4. ให้ยื่นขอคำขอ ณ สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดทั่วประเทศ ภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง	☐1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่มีรูปถ่าย ซึ่งทางราชการออกให้พร้อมสำเนา

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการ/ประกันสังคมจังหวัด.....

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐานการแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

☐ เห็นสมควรอนุมัติให้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

☐ ไม่สมควรอนุมัติให้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เนื่องจาก

☐ จ่ายเงินสมทบตามมาตรา 33 ไม่ครบสิบสองเดือน

☐ ยื่นคำขอเกินหกเดือนนับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ประชาชนผู้ประกอบอาชีพอิสระ สามารถยื่นคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้ โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์
2. มีสัญชาติไทย หรือ
3. เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขหลักแรกเป็นเลขหกหรือเลขเจ็ด หรือ
4. เป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลขศูนย์ ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (ยกเว้นผู้ที่มีเลขประจำตัว) หลักแรกและหลักที่สองเป็นเลขศูนย์
5. ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39
6. ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น
7. หากเป็นบุคคลซึ่งเป็นผู้พิการ ให้ระบุลักษณะหรืออาการของผู้พิการโดยละเอียด (ยกเว้นผู้พิการทางสติปัญญา และผู้พิการที่ไม่อาจรับรู้สิทธิที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ไม่สามารถสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ได้)

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามบันทึกความบกพร่องและรายการเอกสาร/หลักฐานร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมเพิ่มเติมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่รับแบบและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ของแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) และเอกสารประกอบ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอ บันทึกการขึ้นทะเบียนและอนุมัติการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในระบบสารสนเทศมาตรา 40 (ระยะเวลา 10 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 15 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีประสงค์จะชำระเงินสมทบโดยหักบัญชีเงินฝาก ให้แนบเอกสาร ดังนี้ จำนวน 1 ฉบับ
   - ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขบัญชีของผู้ประสงค์สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
   - หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

หมายเหตุ : ธนาคารที่ให้บริการหักบัญชีผ่านธนาคาร ได้แก่ ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)

ค่าธรรมเนียม

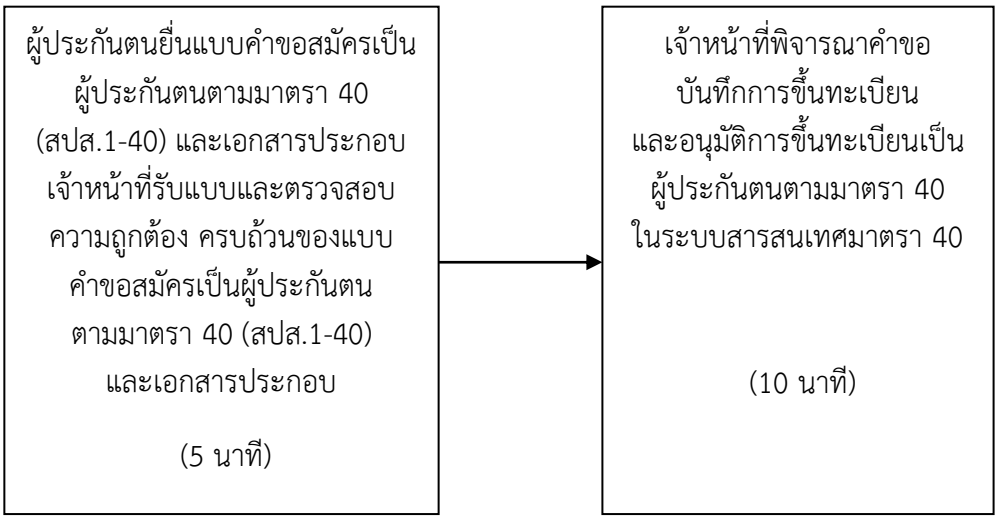
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 15 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40)**
- **หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ประกันตนตามมาตรา 40**

การกรอกข้อมูลในแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) ดังนี้

- ชื่อ – สกุล ของผู้สมัคร

- เลขบัตรประจำตัวประชาชน (เลข 13 หลัก) และระบุ วัน เดือน ปี ที่เกิดของผู้สมัคร

- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อกับผู้สมัครได้ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

- อาชีพปัจจุบันของผู้สมัคร

- ประมาณการรายได้ปัจจุบันต่อเดือนของผู้สมัคร

- สภาพร่างกายของผู้สมัคร ให้ระบุ ปกติ หรือ พิการ หากสภาพร่างกายของผู้สมัครพิการ ให้ระบุรายละเอียดเพิ่มเติมว่า สภาพร่างกายพิการอะไร เช่น แขนขาด ขาขาด นิ้วมือขาด เป็นต้น และแนบสำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

- ระบุทางเลือกการนำส่งเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยมี 3 ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และเงินค่าทำศพกรณีตาย

ทางเลือกที่ 2 ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ เงินค่าทำศพกรณีตาย และเงินบำเหน็จชราภาพ

ทางเลือกที่ 3 ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ เงินค่าทำศพกรณีตาย เงินบำเหน็จชราภาพ และเงินสงเคราะห์บุตร

- ผู้สมัครลงลายมือชื่อในแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) ในกรณีที่ผู้สมัครไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ด้วยตนเอง ให้สามารถประทับลายนิ้วมือแทนการลงชื่อและให้มีผู้รับรองลายมือชื่อจำนวน 2 คน

- ชำระเงินสมทบงวดแรก ตามอัตราเงินสมทบในแต่ละทางเลือกที่ผู้ประกันตนระบุในแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

การกรอกข้อมูลในหนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

- ให้ผู้สมัครกรอกข้อมูลชื่อสกุล – ที่อยู่ พร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในหนังสือยินยอมฯ ส่วนที่ 1 และนำไปให้ธนาคารที่ประสงค์จะให้หักเงินรับรองข้อมูลส่วนที่ 2

แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....ชื่อ-ชื่อสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....
3. ที่อยู่ที่ติดต่อเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
   ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail Address.....
   ☐ ประสงค์ขอรับข้อมูลจาก สปส. ทาง sms ☐ ไม่ประสงค์ขอรับข้อมูลจาก สปส. ทาง sms
4. อาชีพปัจจุบัน (ระบุ) ☐ เกษตรกรรม ☐ ยานพาหนะรับจ้าง ☐ รับจ้าง/รับเหมา
   ☐ ค้าขาย(หาบเร่/แผงลอย) ☐ รับงานไปทำที่บ้าน ☐ ช่างฝีมือ
   ☐ อาชีพอิสระ ☐ ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ
5. ประมาณการรายได้ประจำต่อเดือน (บาท)
   ☐ ต่ำกว่า 1,000 บาท ☐ 1,000-3,000 บาท ☐ 3,001-6,000 บาท
   ☐ สูงกว่า6,000 บาท ระบุ.....
6. สภาพร่างกาย ☐ ปกติ ☐ พิการ ระบุความพิการ.....
7. ประสงค์สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยขอเลือกจ่ายเงินสมทบ
   ☐ ทางเลือกที่ 1 จ่ายเงินสมทบ 70 บาท/เดือน
   ☐ ทางเลือกที่ 2 จ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน
   ☐ ทางเลือกที่ 3 จ่ายเงินสมทบ 300 บาท/เดือน
8. ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และขอรับรองว่ามีคุณสมบัติตามกฎหมายประกันสังคม

<u>หมายเหตุ</u> เอกสารหลักฐานในการสมัครใช้บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้แทนบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

สปส. ☐☐☐☐ รหัสเครือข่าย
เลขที่รับ ☐☐☐☐/ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
วันที่รับ.....
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....
ได้ตรวจสอบแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา40 (สปส.1-40) และคุณสมบัติของผู้สมัครแล้วมีความเห็นว่า
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

✂.....

ส่วนของผู้สมัคร

ได้รับแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533
ของ นาย/นาง/นางสาว .....แล้ว เมื่อวันที่.....
ทั้งนี้ ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะเริ่มตั้งแต่เดือนที่มีการจ่ายเงินสมทบงวดแรก ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา.....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
โทร. .....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องหน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☑ นาย แล้วกรอก ชื่อ-สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน
2. ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิดให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
3. ให้กรอกที่อยู่ที่ติดต่อได้ให้ถูกต้องครบถ้วน ให้ผู้ประกันตนกรอกเบอร์โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail address และทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องประสงค์ หรือไม่ประสงค์ขอรับข้อมูลจาก สปส.ทาง sms
4. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย☑ ในช่องหน้าอาชีพปัจจุบัน เช่น กรณีอาชีพค้าขาย(หาบเร่/แผงลอย) ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ค้าขาย(หาบเร่/แผงลอย)
5. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย☑ ในช่องหน้าประมาณการรายได้ประจำต่อเดือน (บาท) เช่น กรณีรายได้ประจำต่อเดือน 5,000 บาท ให้ทำเครื่องหมาย ☑ 3,001-6,000 บาท
6. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย☑ ในช่องหน้าสภาพร่างกาย เช่น กรณีสภาพร่างกายปกติ ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ปกติ หรือกรณีสภาพร่างกายพิการ ให้ทำเครื่องหมาย ☑ พิการ ระบุความพิการ(ตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการ)
7. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย☑ ในช่องหน้าประสงค์สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยขอเลือกจ่ายเงินสมทบ เช่น กรณีประสงค์สมัครจ่ายเงินสมทบทางเลือกที่ 2 ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ทางเลือกที่ 2 จ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน

<u>หมายเหตุ</u>

1. คุณสมบัติของผู้สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 มีสัญชาติไทย หรือ

1.2 เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลขหกหรือเลขเจ็ด หรือ

1.3 เป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลขศูนย์ ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยแต่มีเลขประจำตัวหลักแรกและหลักที่สองเป็นเลขศูนย์

1.4 ผู้สมัครต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์

1.5 ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39

1.6 ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

1.7 หากเป็นบุคคลซึ่งเป็นผู้พิการ ให้ระบุลักษณะหรืออาการของผู้พิการโดยละเอียด (ยกเว้นผู้พิการทางสติปัญญาและผู้พิการที่ไม่อาจรับรู้สิทธิที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไม่สามารถสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้)

2. การรับสมัครและขึ้นทะเบียน

ให้ผู้ที่ประสงค์สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยื่นแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

ส่วนที่ 1

หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

เขียนที่ธนาคาร.....สาขา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร..... สาขา.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากประเภทเผื่อเรียก/ออมทรัพย์
บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....สาขา.....
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นตามจำนวนที่ข้าพเจ้าต้องส่งเป็นเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ธนาคารดำเนินการนำเข้าบัญชีเงินฝากกองทุนประกันสังคมมาตรา 40 ทุกวันที่ 20 ของเดือน ให้แก่สำนักงานประกันสังคม ถ้าวันดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร ขอให้ธนาคารหักเงินในวันทำการถัดไป

การหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าให้แก่สำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินค่าธรรมเนียมในการหักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามอัตราที่ธนาคารกำหนด และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอสำหรับการหักบัญชีเพื่อการชำระเงินสมทบตามกำหนดเวลาดังกล่าวข้างต้น และธนาคารจะไม่มีการหักบัญชีเงินฝากเพื่อจ่ายเงินสมทบย้อนหลัง

กรณีเงินในบัญชีเงินฝากมีไม่เพียงพอให้ธนาคารหักเป็นเงินสมทบและเงินค่าธรรมเนียม ข้าพเจ้ารับทราบว่าสามารถไปชำระเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคมหรือสถานที่อื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดได้

การหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่การชำระเงินสมทบเดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารหรือสำนักงานประกันสังคมทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้ามาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ส่วนที่ 2

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/ประกันสังคมจังหวัด/สาขา
ธนาคารได้ตรวจสอบลายมือชื่อผู้ให้คำยินยอมถูกต้องแล้ว และจะดำเนินการตามความประสงค์ของ
.....ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เจ้าของบัญชีเงินฝากข้างต้นต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....
(.....)
ผู้จัดการสาขา/ผู้ทำการแทน

หมวดการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเงินสมทบ** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ในกรณีที่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อความ ในแบบรายการที่ได้ยื่นไว้ต่อสำนักงานเปลี่ยนแปลงไป พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่แจ้งเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการเป็นหนังสือตามแบบ สปส. 6-15 ภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง
2. การเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ย้ายสถานประกอบการ หยุดกิจการชั่วคราว เลิกประกอบกิจการ เปลี่ยนแปลงชื่อสถานประกอบการ เปลี่ยนแปลงผู้มีอำนาจลงนาม เปลี่ยนแปลงผู้รับมอบอำนาจ เพิ่มจำนวนสาขา ยกเลิกสาขา เปลี่ยนแปลงสถานที่นำส่งเงินสมทบ เป็นต้น

หมายเหตุ:

1. ในกรณีที่นายจ้างยื่นคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้นผู้รับคำขอฯและผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืน คำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนสำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้างยื่นแบบเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้างและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่บันทึกการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลในระบบทะเบียนนายจ้าง (ระยะเวลา 15 นาที)	

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 20 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง สปส.6-15 จำนวน 1 ฉบับ
2. เอกสารประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม
   (1) กรณีย้ายสถานประกอบการ/เพิ่มจำนวนสาขา
      - แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการใหม่ จำนวน 1 ชุด
   (2) กรณีเปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ
      - หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน) จำนวน 1 ชุด
   พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนดและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

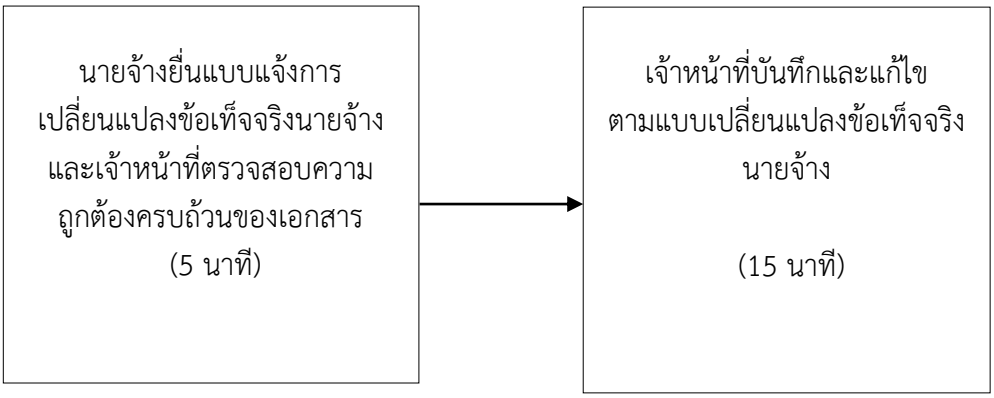
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 20 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง (สปส.6-15)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ ☐☐ / ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐
วันที่รับ .....

ชื่อสถานประกอบการ ☐ บริษัท ☐ ห้างหุ้นส่วน ☐ บุคคลธรรมดา.....
เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐
ตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ .....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง (โปรดทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความ ☐ ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงพร้อมทั้ง **กรอกรายละเอียดเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน**)

☐ 1. ย้ายสถานประกอบการ.....
ไปที่อยู่ : เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... .....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

☐ 2. หยุดกิจการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
เนื่องจาก ....

☐ 3. เลิกประกอบกิจการ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

☐ 4. เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ ☐ 5. เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม ☐ 6. เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ
จากเดิม.....
เปลี่ยนเป็น.....
เอกสารแนบ ☐ หนังสือมอบอำนาจ

☐ 7. เพิ่มจำนวนสาขา ชื่อสาขา (ถ้ามี).....ตั้งแต่วันที่.....
ตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ .....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... นำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....
ประเภทกิจการ.....จำนวนลูกจ้าง.....คน
(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐)

☐ 8. ยกเลิกสาขา ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐
ตั้งแต่วันที่.....ตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ .....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ครั้งสุดท้ายนำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

☐ 9. เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐
ตั้งแต่ค่าจ้างประจำเดือน.....พ.ศ.....
จากเดิมสำนักงานประกันสังคม.....เป็นสำนักงานประกันสังคม.....

☐ 10.รายการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

รายการที่แจ้งไว้เดิม	เปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็น

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักเงินสมทบ สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ในกรณีที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และ มาตรา 39 มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่เคยแจ้งไว้แก่สำนักงานประกันสังคม **ทุกกรณี** ต้องแจ้งต่อสำนักงานประกันสังคม โดยใช้แบบฟอร์ม ดังนี้

(1) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33
- ลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน ให้นายจ้างยื่นแบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส. 6-09) ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง

(2) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39
- ลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนหรือกลับเข้าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา33 ให้ผู้ประกันตนยื่นแบบการแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (แบบ สปส.1-21)
- เปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ ให้ผู้ประกันตนยื่นแบบแจ้งเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ (แบบ สปส.1-34)

(3) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 เปลี่ยนคำนำหน้านาม /ชื่อ /ชื่อสกุล /เลขประจำตัวประชาชน /สถานภาพครอบครัว /แจ้งเพิ่มจำนวนบุตร หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย ให้ใช้แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (แบบ สปส.6-10) ยื่นต่อสำนักงานประกันสังคม ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯจะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
<u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้าง/ผู้ประกันตน/ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารความครบถ้วนถูกต้องของแบบคำขอ และเอกสารประกอบ และบันทึกรายการขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนในระบบ On-line (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 5 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (สปส.1-21)	จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ (สปส.1-34)	จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09)	จำนวน 1 ฉบับ

4. แบบแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) จำนวน 1 ฉบับ

4.1 ในกรณีเป็นคนต่างด้าวให้แนบเอกสารดังต่อไปนี้ประกอบเพิ่มเติม

(1) กรณีเปลี่ยนคำนำหน้า (นาย,นาง,นางสาว)

- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว(กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ

(2) กรณีเปลี่ยนชื่อ

- สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว (กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ

(3) กรณีเปลี่ยนชื่อสกุล

- สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว(กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ

(4) กรณีเปลี่ยนเลขบัตรประกันสังคม/หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน

- สำเนาบัตรประกันสังคม จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว(กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) จำนวน 1 ฉบับ

4.2 กรณีเปลี่ยนสถานภาพครอบครัว (โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่)

- สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนหย่า จำนวน 1 ฉบับ
- ใบมรณบัตรของคู่สมรส จำนวน 1 ฉบับ

4.3 กรณีเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย

- บัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการ จำนวน 1 ฉบับ
  จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

หมายเหตุ : 1. แบบฟอร์มตามข้อ 1 – 4 แล้วแต่ข้อเท็จจริงที่ต้องการแจ้งเปลี่ยนแปลง

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนมาตรา 33 และมาตรา 39

นายจ้าง/ผู้ประกันตน/ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารความครบถ้วน ถูกต้องของแบบคำขอ และเอกสารประกอบ และบันทึกรายการขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน On-line (5 นาที)

<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 5 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (สปส.1-21)
- แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ (สปส.1-34)
- หนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09)
- แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10)

สปส.1-21

สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ

1. ชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....ชื่อสกุล.....
   เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐
   (คนต่างด้าวกรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)
2. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
   แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
3. สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ☐ 39 ☐ 40
   ตั้งแต่วันที่.....เนื่องจาก
   ☐ ลาออก
   ☐ ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ชื่อสถานประกอบการ.....
   เลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

สปส.1-34

สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ขอแจ้งเปลี่ยนแปลง

(คนต่างด้าวกรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สถานที่ติดต่อปัจจุบันเป็นเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

ชื่อสาขา..... ลำดับที่สาขา

สถานประกอบการ/สาขาตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

ลำดับที่	เลขประจำตัวประชาชน	คำนำหน้านาม ชื่อ - ชื่อสกุล	วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุด	* สาเหตุการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน *						
				1	2	3	4	5	6	7

คำเตือน

1. สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน
2. ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง **หากฝ่าฝืน** อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
3. การแจ้งข้อเท็จจริงเป็นเท็จ เช่น การแจ้งลาออกไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

*** สาเหตุ ***

1. ลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อนายจ้างภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน
2. สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
3. เลิกจ้าง/โครงการเกษียณก่อนกำหนด
4. เกษียณอายุ
5. ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำความผิด/ละทิ้งหน้าที่โดยไม่มีการติดต่อนายจ้างภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน
6. ตาย
7. โอนย้ายสาขา

(คำอธิบายดูด้านหลัง)

คำอธิบาย

1. กรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ชื่อสาขาและลำดับที่สาขา ที่ตั้งสถานประกอบการ หรือสาขา ตามที่ได้แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้ กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงที่ช่องลำดับที่สาขา
2. กรอกลำดับที่ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนให้ชัดเจน
3. กรอก วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีลาออกหรือสิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง หรือเลิกจ้าง หรือเกษียณอายุ หรือ ไล่ออก / ปลดออก / ให้ออกเนื่องจากกระทำความผิด หรือละทิ้งหน้าที่ 7 วันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร คือวันที่ถัดจากวันสุดท้ายที่ผู้ประกันตนมาทำงานเช่น ผู้ประกันตนมาทำงานวันสุดท้ายวันที่ 31 พฤษภาคม 2551 ให้กรอกวันที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนเป็นวันที่ 1 มิถุนายน 2551 กรณีตาย ระบุ วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย
4. กรอกสาเหตุการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ต้องการดังนี้
   - กรณีลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อนายจ้างภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน (เช่น ลาออกด้วยเหตุผลส่วนตัว สมัครใจออกจากงานก่อนเกษียณอายุ ไม่ประสงค์จะไปทำงานเนื่องจากนายจ้างย้ายสถานประกอบการ เป็นต้น) ให้ ✓ ในช่อง 1
   - กรณีสิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุสิ้นสุดสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างไว้แน่นอน (เช่น งานในโครงการเฉพาะที่ไม่ใช่ปกติของธุรกิจ หรือการค้าของนายจ้าง ซึ่งต้องมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของงานที่แน่นอน เป็นต้น) ให้ ✓ ในช่อง 2
   - กรณีเลิกจ้าง (เช่น นายจ้างยุบเลิกตำแหน่งงาน ลดจำนวนพนักงาน นายจ้างเลิกกิจการ ปิดกิจการ เป็นต้น) กรณีโครงการเกษียณก่อนกำหนด (เช่น การที่สัญญาจ้างสิ้นสุดตามโครงการที่นายจ้างและลูกจ้างทำข้อตกลงร่วมกันที่จะระงับความผูกพันตามสัญญาฉบับเดิม) ให้ ✓ ในช่อง 3
   - กรณีเกษียณอายุ หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน ให้ ✓ ในช่อง 4
   - กรณีไล่ออก/ปลดออก/ให้ออก เนื่องจากกระทำความผิด หรือละทิ้งหน้าที่โดยไม่มีสาเหตุอันสมควรและไม่มีการติดต่อนายจ้างภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน ให้ ✓ ในช่อง 5
   - กรณีตาย ให้ ✓ ในช่อง 6
   - โอนย้ายสาขา ให้ ✓ ในช่อง 7

สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน

ชื่อผู้ประกันตน ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง.....ชื่อสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)
ชื่อสถานประกอบการ.....
เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อมูลเดิมและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง	.....	☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง ☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อื่น ๆ
2.	ชื่อ	.....	.....	
3.	ชื่อสกุล	.....	.....	
4.	หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			
	- เลขประจำตัวประชาชน	☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐	☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐	
	- เลขหนังสือเดินทาง	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
	- เลขใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
5.	- สถานภาพครอบครัว	☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่	....	
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิดทุกคน	☐ ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน เกิด ปี พ.ศ. ☐☐☐☐ เกิด ปี พ.ศ. ☐☐☐☐ เกิด ปี พ.ศ. ☐☐☐☐	
	- ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิดของบุตรที่เพิ่ม	☐ เพิ่มจำนวนบุตร	เกิด ปี พ.ศ. ☐☐☐☐ เกิด ปี พ.ศ. ☐☐☐☐	
6.	สภาพร่างกาย	☐ ปกติ ☐ พิการ ประเภท ☐ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	☐ ปกติ ☐ พิการ ประเภท ☐ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

<u>คำแนะนำ</u>
1. ผู้ลงชื่อในแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน เป็นเจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจหรือผู้ลงชื่อในแบบเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 โดยให้แจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคม
2. แจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

(คำแนะนำในการกรอกแบบดูด้านหลัง)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ให้ครบถ้วนและถูกต้อง
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าคำนำหน้านาม เช่น ☑ นาย และกรอก ชื่อ-ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม วัน เดือน ปีเกิด ที่ถูกต้องและใช้อยู่ในปัจจุบัน
3. กรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา ของผู้ประกันตนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน
4. ให้กรอกรายละเอียดข้อมูลเดิมของผู้ประกันตน แล้วกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจุบันในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ตัวอย่าง นางสาวสมศรี มีความสุข ขอเปลี่ยนชื่อเป็น สมหวัง และขอแก้ไขชื่อสกุลเป็น ร่ำรวย เนื่องจากสมรส และแจ้งเปลี่ยนแปลงสถานภาพครอบครัว และบุตรจำนวน 4 คน เกิด ปี พ.ศ. 2553 (อายุ 7 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2556 (อายุ 4 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2558 (อายุ 2 ปี) และเกิด ปี พ.ศ.2559 (อายุ 1 ปี)

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	☐ นาย ☑ นางสาว ☐ นาง	นาง	☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
2.	ชื่อ	สมศรี	สมหวัง	☐ สำเนาหนังสือเดินทาง
3.	ชื่อสกุล	มีความสุข	ร่ำรวย	☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
4.	หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/
	- เลขประจำตัวประชาชน	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐	เอกสารรับรองความพิการจาก
	- เลขหนังสือเดินทาง	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐	กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
	- เลขใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐	ความมั่นคงของมนุษย์
				☐ อื่นๆ .....
5.	- สถานภาพครอบครัว	☑ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่	สมรส	
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิด ทุกคน	☑ ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน เกิด ปี พ.ศ. 2556 เกิด ปี พ.ศ. 2558 เกิด ปี พ.ศ. 2559	

- ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

ตัวอย่าง กรณีนาย ข. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกเมื่อปี 2550 ได้แจ้งจำนวนบุตร 1 คน เกิดปี พ.ศ. 2552 ต่อมาในปี 2559 ได้มีบุตรเพิ่มอีก 1 คน จึงได้ขอแจ้งจำนวนบุตรเพิ่ม การกรอกจำนวนบุตรให้กรอกบุตรที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
	- ให้กรอกปี พ.ศ.เกิด ของบุตรที่เพิ่ม	☑ เพิ่มจำนวนบุตร	เกิด ปี พ.ศ. 2559

ตัวอย่าง กรณีนาย ค. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกระบุสภาพร่างกาย ปกติ แต่ต่อมาได้รับความพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุความพิการประเภทที่ 1 ทางการมองเห็น และยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมเมื่อครั้งให้ข้อมูลว่าสภาพร่างกาย ปกติ ให้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพร่างกายด้วย

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
6.	สภาพร่างกาย	☑ ปกติ ☐ พิการ ประเภท ☐ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	☐ ปกติ ☑ พิการ ประเภท ☑ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	☑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. กรณีผู้ประกันตนเปลี่ยนแปลง ชื่อ – สกุล หรือข้อมูลสถานภาพผู้ประกันตน ให้ยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 และสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. กรณีผู้ประกันตนมีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบ ให้ยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 และสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

การแจ้งเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ผู้ประกันตนมีสิทธิเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบได้ปีละ 1 ครั้ง โดยสามารถยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ได้ตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม ของทุกปี โดยให้มีผลในการเปลี่ยนแปลงทางเลือก ตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดจากเดือนที่ยื่นเปลี่ยนแปลงทางเลือก

2. กรณีผู้ประกันตนมีความประสงค์จะจ่ายเงินสมทบทางเลือกใหม่ ก่อนถึงเดือนที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงทางเลือก ผู้ประกันตนไม่สามารถนำส่งเงินสมทบก่อนถึงเดือนที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงทางเลือกได้

3. ผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 และสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

การแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

กรณีผู้ประกันตนมีความประสงค์จะลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ยื่นแบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตามแบบ (สปส.1-40/2) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 และสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา โดยให้มีผลนับแต่วันที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) หรือแบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่รับแบบและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบ และบันทึกประวัติการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงในระบบสารสนเทศมาตรา 40 (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 5 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือก จำนวน 1 ฉบับ
   การจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1)
   1.1 กรณีเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เอกสารประกอบ ได้แก่
      1.1.1 บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
      1.1.2 ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
      1.1.3 ทะเบียนสมรส/ทะเบียนหย่า (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
   1.2 กรณีเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40
      เอกสารประกอบ ได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) จำนวน 1 ฉบับ
   เอกสารประกอบ ได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40

ผู้ประกันตนยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง และการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) หรือแบบแจ้งความจำนง ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่รับแบบและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบ และบันทึกประวัติการเปลี่ยนแปลง ข้อเท็จจริงในระบบสารสนเทศมาตรา 40 (5 นาที)

<u>สรุป</u> 1 จุดบริการ 1 ขั้นตอน รวมระยะเวลา 5 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1)**
- **แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2)**

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40

☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....ชื่อ-ชื่อสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงดังนี้

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารแนบ
1	คำนำหน้านาม	☐ นาย ☐ นางสาว ☐นาง ☐ อื่นๆ.....	....	☐บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว
2	ชื่อ	.....	.....	หรือชื่อสกุล
3	ชื่อสกุล	.....	.....	☐ ทะเบียนสมรส
4	เลขประจำตัวประชาชน	.....	.....	☐ อื่นๆ.....
5	สปส.ที่รับผิดชอบ	☐ สำนักงานประกันสังคม	☐ สำนักงานประกันสังคม	
6	เปลี่ยนแปลงทางเลือก	☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3	☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3	
7	อื่นๆ	.....	.....	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่.....

<u>หมายเหตุ</u> การเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ ให้มีผลในเดือนถัดจากเดือนที่ยื่นเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ โดยผู้ประกันตนมีสิทธิเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบได้ปีละหนึ่งครั้ง

.....

สำหรับผู้ประกันตนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

เลขที่รับ...../.....
วันที่รับ...../...../.....

เรียน (นาย/นาง/นางสาว).....
สำนักงานประกันสังคม.....ได้รับแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณี

☐ เปลี่ยนคำนำหน้านาม/ชื่อ/ชื่อสกุลจาก.....เป็น.....
☐ เปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ จากทางเลือกที่.....เป็นทางเลือกที่.....
☐ อื่นๆ .....ไว้เรียบร้อยแล้ว และจะดำเนินการตามความประสงค์ของท่านต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. ทำเครื่องหมาย✓ในช่อง☐ ที่เป็นข้อมูลของผู้ประกันตนพร้อมกรอกเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ให้ถูกต้องครบถ้วน
2. กรอกรายละเอียดช่องข้อมูลเดิมของผู้ประกันตนและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ณ ปัจจุบัน ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
3. ให้แนบเอกสารของผู้ประกันตนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

ตัวอย่าง นางสาวสมศรี มีความสุข ได้จดทะเบียนสมรส จึงขอเปลี่ยนคำนำหน้านามจาก นางสาว เป็น นาง ขอเปลี่ยนชื่อตัวเป็น วิภาศรี เปลี่ยนชื่อสกุลเป็น ร่ำรวย เปลี่ยน สปส. ที่รับผิดชอบจากจังหวัดยะลาเป็นจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและขอเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ จากทางเลือกที่ 1 เป็นทางเลือกที่ 2 หรือทางเลือกที่ 3 โดยกรอกรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารแนบ
1	คำนำหน้านาม	☐นาย☑นางสาว☐นาง ☐อื่นๆ.....	นาง	☑บัตรประจำตัวประชาชน ☑ ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุล ☑ ทะเบียนสมรส ☑อื่นๆ ทะเบียนบ้าน
2	ชื่อ	สมศรี	วิภาศรี	
3	ชื่อสกุล	มีความสุข	ร่ำรวย	
4	เลขประจำตัวประชาชน			
5	สปส.ที่รับผิดชอบ	☑สำนักงานประกันสังคม จังหวัดยะลา	☑สำนักงานประกันสังคม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	
6	เปลี่ยนแปลงทางเลือก	☑ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3	☐ ทางเลือกที่ 1 ☑ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3	
7	อื่นๆ	.....	.....	



(สปส.1-40/2)

แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

---

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....ชื่อ–ชื่อสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1
   ☐ ทางเลือกที่ 2
   ☐ ทางเลือกที่ 3
4. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
   เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
5. ขอแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
   เนื่องจาก.....
6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
   ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่ .....

หมายเหตุ การแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ให้มีผลนับแต่วันที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40



(สปส.1-40/2)

แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

---

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....ชื่อ–ชื่อสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1
   ☐ ทางเลือกที่ 2
   ☐ ทางเลือกที่ 3
4. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
   เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
5. ขอแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
   เนื่องจาก.....
6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
   ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่ .....

หมายเหตุ การแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ให้มีผลนับแต่วันที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

หมวดการชำระเงินสมทบ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 -12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักเงินสมทบ กองบริหารการเงินและการบัญชี สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติมนายจ้าง หมายถึง ผู้ซึ่งตกลงรับลูกจ้างเข้าทำงานโดยจ่ายค่าจ้างให้และหมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำงานแทนนายจ้างในกรณีที่นายจ้างเป็นนิติบุคคลให้หมายความรวมถึงผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลและผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลให้ทำการแทนด้วย ซึ่งในปีแรกนายจ้างมีหน้าที่ต้องชำระเงินสมทบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่นายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ สำหรับปีถัดไปนายจ้างมีหน้าที่ต้องชำระเงินสมทบ ภายในวันที่ 31 มกราคมของแต่ละปีหากพ้นระยะเวลาที่กำหนดนายจ้างต้องชำระเงินเพิ่มตามกฎหมายร้อยละสามต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่ต้องจ่าย นอกจากนี้นายจ้างต้องรายงานค่าจ้างกองทุนเงินทดแทนของปีที่ผ่านมาต่อสำนักงานประกันสังคมโดยกรอกข้อมูลจำนวนค่าจ้างที่จ่ายจริงให้กับลูกจ้างทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคมของปีที่ผ่านมา และจำนวนลูกจ้าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม พร้อมกรอกแบบคำนวณค่าจ้างเพื่อประกอบการรายงานค่าจ้าง ภายในเดือนกุมภาพันธ์ โดยยื่นได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขาทั่วประเทศ

นายจ้างมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนตามใบแจ้งประเมินแต่ละประเภทดังนี้

1. ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี (กท.26 ก) กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 มกราคม ของทุกปี
2. ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี (กท.25 ค) กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 มีนาคม ของทุกปี
3. ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปีกองทุนเงินทดแทน (กท.25 ก) กำหนดชำระเงินภายใน 30 วันนับแต่วันที่ออกใบแจ้งประเมินเงินสมทบฯ (เว้นแต่ไม่รายงานค่าจ้างหรือรายงานค่าจ้างเกินกำหนดให้ชำระเงินภายในวันที่ 31 มีนาคม ของปี)

4. ใบแจ้งประเมินเงินฝาก (กท.23) กำหนดชำระเงินภายในเดือนมกราคม

5. ใบแจ้งเงินสมทบประจำงวดกองทุนเงินทดแทน (กท.26 ข) แบ่งชำระเงินสมทบเป็น 4 งวด คือ เงินสมทบงวด 1 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 30 เมษายน เงินสมทบงวด 2 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 กรกฎาคม เงินสมทบงวด 3 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 ตุลาคม และเงินสมทบงวด 4 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 มกราคมของปีถัดไป โดยมีช่องทางการชำระเงิน ดังนี้

1) ชำระเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /จังหวัด/สาขา

2) ชำระเงินสมทบเป็นธนาณัติทางไปรษณีย์ เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษรณีย์กำหนด

3) ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร 2 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

4) ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส (เคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-eleven และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ ) นายจ้างจ่ายค่าธรรมเนียม 10 บาท

5) ชำระเงินสมทบผ่านเทสโก้ โลตัส นายจ้างจ่ายค่าธรรมเนียม 10 บาท

6) ชำระเงินผ่านระบบอินเตอร์เน็ต (e-Payment) 1 แห่ง คือ ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่น ส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้างยื่นใบแจ้งประเมินเงินสมทบ หรือ ใบแจ้งประเมินเงินสมทบประจำปี หรือ ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี หรือใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี หรือใบแจ้งประเมินเงินฝาก หรือใบแจ้งเงินสมทบประจำงวดและเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสดหรือเช็ค (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

2. <u>การลงนาม</u> บันทึกรับชำระเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้นายจ้าง (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 10 นาที /ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. ใบแจ้งประเมินเงินสมทบประจำปี (กท.26 ก)	จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี (กท.25 ค)	จำนวน 1 ฉบับ
3. ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กท.25 ก)	จำนวน 1 ฉบับ
4. ใบแจ้งประเมินเงินฝาก (กท.23)	จำนวน 1 ฉบับ
5. ใบแจ้งเงินสมทบประจำงวด (กท.26 ข)	จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

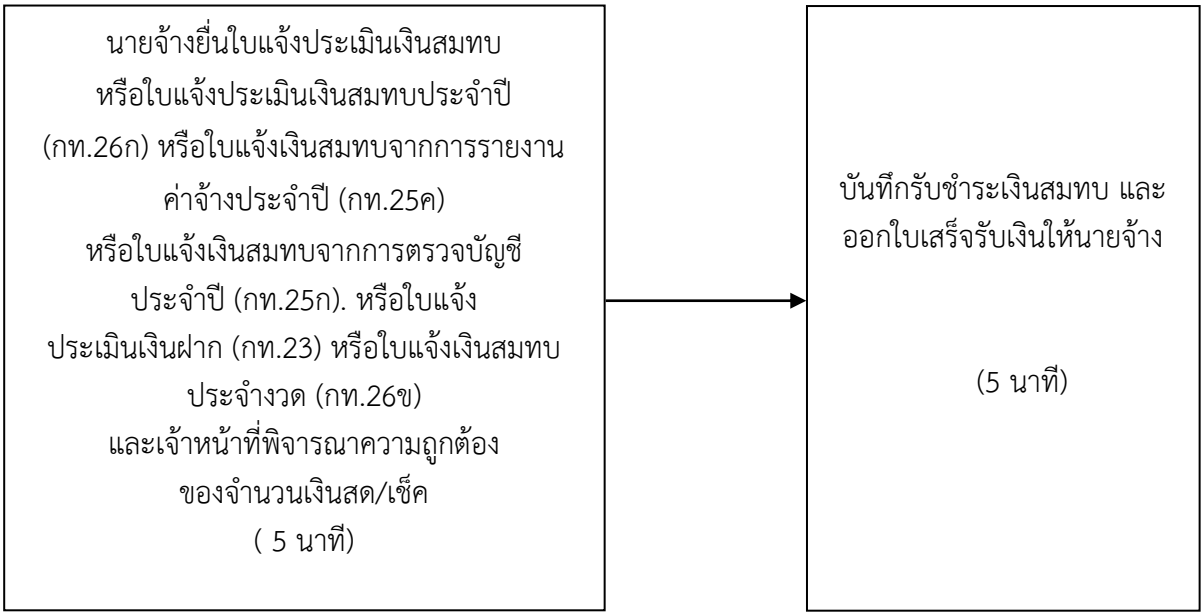
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH

6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
(The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
Line ID : fad.pacc
Email : fac.pacc@gmail.com
Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 10 นาที /ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี (กท.26 ก)**
- **แบบแสดงเงินค่าจ้างประจำปีกองทุนเงินทดแทน (กท.20 ก.)**
- **แบบใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี กองทุนเงินทดแทน (กท.25 ค)**
- **แบบใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กองทุนเงินทดแทน) (กท.25 ก)**
- **แบบใบแจ้งประเมินเงินฝาก (กท.23)**
- **แบบใบแจ้งเงินสมทบประจำงวด กองทุนเงินทดแทน (กท.26 ข)**

ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี

(1) กท.26 ก

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่ : วันที่ :
เลขที่บัญชี : กำหนดชำระเงิน :

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ	
ชื่อและที่อยู่				รวมเงินสมทบในปีนี้			
				หัก ☐ เงินส่งเหลือ			
				☐ เงินฝาก			
				☐ โอนเข้าบัญชี			
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)				เงินที่ต้องชำระ			

โปรนำหลักฐานนี้มาแสดงเมื่อมาชำระเงิน หากเกินกำหนดชำระจะต้องจ่ายเงินเพิ่มตามกฎหมาย
ในอัตราร้อยละสามต่อเดือนของเงินสมทบที่ต้องจ่าย

เจ้าพนักงาน

แบบแสดงเงินค่าจ้างประจำปีกองทุนเงินทดแทน

กท. 20 ก

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

ชื่อ..... เลขที่บัญชี.....

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่จั่งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (ประทับตรา)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

โทรศัพท์.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

* โปรดส่งที่สำนักงานประกันสังคม ภายในเดือน

โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลัง

ใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

|099400015967601100000090700255811200581000000002418200|

เพื่อเข้าเป็นวิทยาทานแก่สำนักงานประกันสังคม

สาขาที่รับฝาก..... วันที่.....

☐ สำนักงานประกันสังคม

☐ บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา

☐ บมจ.ธนาคารกรุงไทย

ชื่อสถานประกอบการ.....
(Name)

หมายเลขอ้างอิง 1.....
(Cus.No./Ref.No.1)

หมายเลขอ้างอิง 2.....
(Ref.No.2)

ชำระโดย (PAID BY) ☐ เงินสด (CASH) ☐ เงินโอน (T/R) ☐ เช็คธนาคาร..... (CHEQUE/BANK) ☐ สาขา..... (BRANCH) ☐ หมายเลขเช็ค..... (CHQ.NO.)

ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี กองทุนเงินทดแทน

กท. 25 ค

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ : ..... วันที่ :
เลขที่บัญชี : กำหนดชำระเงิน :

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตรา/เงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ
ชื่อและที่อยู่				รวมเงินสมทบจากรายงานค่าจ้างประจำปี หัก ☐ เงินสมทบประจำปีผลต่าง ☐ เงินคงเหลือ ☐ โอนเข้าบัญชี		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) :				เงินที่ต้องชำระ		

[redacted]

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

คำแนะนำ

1. วิธีการชำระเงิน

(1) ชำระเป็นเงินสด หรือ เช็ค หรือธนาณัติ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ตามที่ระบุไว้ในใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี

(2) ชำระได้ที่เคาร์เตอร์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ

(3) หากประสงค์จะส่งเช็ค หรือธนาณัติเพื่อชำระเงินทางไปรษณีย์ โปรดส่งแบบลงทะเบียนตอบรับ

(4) การชำระเงินทุกครั้ง โปรดนำใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทนไปด้วย

2. การชำระเงินด้วยเช็ค

(1) เป็นเช็คของสถานประกอบการนั้น มิใช่เช็คส่วนตัว ไม่เป็นเช็คที่ลงวันที่ล่วงหน้า ยอมหลังไม่เกิน 7 วัน และเป็นเช็คของธนาคารที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

(2) เป็นเช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย "เงินกองทุนเงินทดแทน" และขีดฆ่าคำว่า "หรือผู้ถือ" ออก

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

ใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทน

..... สาขาที่รับฝาก..... วันที่.....

เพื่อเข้าบัญชีกระแสรายวันสำนักงานประกันสังคม

☐ สำนักงานประกันสังคม
☐ บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
☐ บมจ.ธนาคารกรุงไทย

|099400015967601 100012092900255B2 100359200003918 236100

ชื่อสถานประกอบการ (Name) .....
หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1) .....
หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2) .....

ชำระโดย (PAID BY) ☐เงินสด (CASH) ☐เงินโอน (T/R) ☐เช็คธนาคาร..... (CHEQUE/BANK) ☐ สาขา..... (BRANCH) ☐ หมายเลขเช็ค..... (CHQ.NO.)

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (BAHT) [redacted] จำนวนเงิน (AMOUNT) บาท

เพื่อความสะดวกของท่านกรุณานำใบชำระเงินฉบับนี้ไปชำระเงินได้ที่สาขาธนาคาร ทั่วประเทศ

ผู้นำฝาก..... ผู้รับเงิน..... ผู้รับมอบอำนาจ.....

ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กองทุนเงินทดแทน)

กท. 25 ก

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ : วันที่ :
เลขที่บัญชี : กำหนดชำระเงิน :

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ

ชื่อและที่อยู่ 1001616499

เป็นเงินสมทบจากการตรวจบัญชี
หัก ☐ เงินสมทบประจำปีและรายงานค่าจ้างผลต่าง
☐ เงินคงเหลือ
☐ โอนเข้าบัญชี

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) เงินที่ต้องชำระ

* โปรดนำหลักฐานนี้มาแสดงเมื่อมาชำระเงิน หากเกินกำหนดชำระจะต้องจ่ายเงินเพิ่มตามกฎหมายในอัตราร้อยละสามต่อเดือนของเงินสมทบที่ต้องจ่าย

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

คำแนะนำ

1. วิธีการชำระเงิน

(1) ชำระเป็นเงินสด หรือ เช็ค หรือธนาณัติ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ตามสาขาที่ระบุไว้ในใบแจ้งจากการตรวจบัญชีประจำปี

(2) ชำระได้ที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และบริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด ทั่วประเทศ

(3) หากประสงค์จะส่งเช็ค หรือธนาณัติเพื่อชำระเงินทางไปรษณีย์ โปรดส่งแบบลงทะเบียนตอบรับ

(4) การชำระเงินทุกครั้ง โปรดนำใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทนไปด้วย

2. การชำระเงินด้วยเช็ค

(1) เป็นเช็คของสถานประกอบการนั้น มีใช่เช็คส่วนตัว ไม่เป็นเช็คที่ลงวันที่ล่วงหน้าเกินกว่าหนึ่งเดือนหลังไม่เกิน 7 วัน และเป็นเช็คของธนาคารที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

(2) เป็นเช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย "กองทุนเงินทดแทน" และขีดฆ่าคำว่า "หรือผู้ถือ" ออก

3. กรณีไม่เห็นด้วยกับเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี

โปรดทำหนังสือชี้แจง และนำเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ไปยังสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่รับผิดชอบพื้นที่ เพื่อพิจารณาเงินสมทบจากการตรวจบัญชีใหม่หรือให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งการตรวจบัญชีประจำปี

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

ใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทน

สาขาที่รับฝาก..... วันที่.....

เพื่อเข้าบัญชีกระแสรายวันสำนักงานประกันสังคม
☐ สำนักงานประกันสังคม
☐ บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
☐ บมจ.ธนาคารกรุงไทย
☐ บริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด

|099400015967601 10016164990025573 10086030000925 8 -3924000

ชื่อสถานประกอบการ (Name) .....
หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1) .....
หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2) .....

ชำระโดย (PAID BY) ☐ เงินสด (CASH) ☐ เงินโอน (T/R) ☐ เช็คธนาคาร..... (CHEQUE/BANK) ☐ สาขา..... (BRANCH) ☐ หมายเลขเช็ค..... (CHQ.NO.)

ค่าธรรมเนียม (บาท) จำนวนเงิน (AMOUNT) บาท

เพื่อความสะดวกของท่านกรุณานำใบชำระเงินฉบับนี้ไปชำระเงินได้ที่สาขาธนาคาร ทั่วประเทศ

ผู้นำฝาก..... ผู้รับเงิน..... ผู้รับมอบอำนาจ.....

ใบแจ้งประเมินเงินฝาก

กท. 23

สำนักงานประกันสังคม .....
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ :
เลขที่บัญชี :

วันที่ :
กำหนดชำระเงิน :

ประจำปี	เดือน	ถูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ

ชื่อและที่อยู่

เป็นเงินฝากร้อยละ 25
หัก ☐ เงินฝากที่มีอยู่แล้ว/เงินคงเหลือ
ต้องฝากเงินกับสำนักงาน Dr.
สำนักงานโอนคืนเงินให้ท่าน Cr.

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) | จำนวนที่ต้องฝากเงิน

ลงชื่อ .....
(.....)
ตำแหน่ง.....

คำเตือน
(1) ถ้าหากท่านไม่นำเงินฝากมาชำระตามกำหนดเวลา สำนักงานประกันสังคมเขต/จังหวัด จะไม่อนุญาตให้ท่านชำระเงินสมทบเป็นงวด และให้ท่านจ่ายเงินสมทบทั้งหมดในคราวเดียว
(2) ท่านต้องฝากเงินตามจำนวนที่เรียกเก็บนี้ภายใน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำชี้แจง
เงินฝากนี้ไม่ถือว่าเป็นเงินสมทบสำนักงานประกันสังคม/เขตจะคืนเงินให้เมื่อท่านไม่อยู่ในข่ายบังคับของกองทุนเงินทดแทน หรือเมื่อท่านต้องจ่ายเงินสมทบคราวเดียวกันทั้งปี และไม่มีหนี้สินค้างชำระแก่สำนักงานประกันสังคมเขต/จังหวัดอีกต่อไป

ใบชำระเงินค่านายจ้างฝากเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม .....
Social Security Office

สาขาที่รับฝาก..... วันที่.....

เพื่อเข้าบัญชีกระแสรายวันสำนักงานประกันสังคม
☐ สำนักงานประกันสังคม
☐ บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
☐ บมจ.ธนาคารกรุงไทย
☐ เคาน์เตอร์เซอร์วิส

0994000159676O1 10000074210025494 100848/000019 4275000

ชื่อสถานประกอบการ (Name) .....
หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1) .....
หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2) .....

ชำระโดย (PAID BY) ☐ เงินสด (CASH) ☐ เงินโอน (T/R) ☐ เช็คธนาคาร..... (CHEQUE/BANK) ☐ สาขา..... (BRANCH) ☐ หมายเลขเช็ค..... (CHQ.NO.)

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (จำนวนเต็มหน่วย หรือมีสตางค์ด้วยก็ได้) | จำนวนเงิน (AMOUNT) บาท

เพื่อความสะดวกของท่านกรุณานำใบชำระเงินฉบับนี้ไปชำระเงินได้ที่สาขาธนาคาร ทั่วประเทศ

ผู้นำฝาก..... ผู้รับเงิน..... ผู้รับมอบอำนาจ.....

ใบแจ้งเงินสมทบประจำงวด กองทุนเงินทดแทน

กท. 26 ข

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ :
เลขที่บัญชี :
วันที่ :
กำหนดชำระเงิน :

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ
ชื่อและที่อยู่				รวมเงินสมทบในปีนี้ หัก ☐ เงินคงเหลือ ☐ เงินฝาก ☐ โอนเข้าบัญชี		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) :				เงินที่ต้องชำระ		

- ไปรษณีย์ต่างจังหวัดเรียกเก็บเงินที่ชำระเงิน หากเงินที่หักชำระจะต้องจ่ายเงินสมทบตามกฎหมาย
ใบสำรองละลายหลอดเดียวของเงินสมทบที่ต้องจ่าย

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 -12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเงินสมทบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้มีการจัดเก็บเงินสมทบเข้า “กองทุนประกันสังคม” จาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ผู้ประกันตน และรัฐบาล ซึ่งในการชำระเงินสมทบของนายจ้างและผู้ประกันตนตามมาตรา 33 กฎหมายกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้นำส่งเงินสมทบโดยหักเงินค่าจ้างของลูกจ้างเพื่อนำส่งเป็นเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและจ่ายในส่วนของนายจ้าง ทั้งนี้ นายจ้างมีหน้าที่หักเงินสมทบนำส่งสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบไว้พร้อมทั้งยื่นรายการแสดงการส่งเงินสมทบตามแบบที่กำหนด หากนายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบในส่วนของตนหรือในส่วนของผู้ประกันตนหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนดต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่นายจ้างยังมิได้นำส่งหรือของจำนวนเงินสมทบที่ยังขาดอยู่นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบโดยมีช่องทางการชำระเงิน 4 ช่องทาง ดังนี้

1. ชำระเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /จังหวัด/สาขา
2. ชำระเงินสมทบเป็นธนาณัติทางไปรษณีย์ เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษณีย์กำหนด
3. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร 3 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

4. ชำระเงินสมทบผ่านระบบอินเตอร์เน็ต (e-payment) ได้แก่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารซิตี้แบงก์ ธนาคารมิซูโฮ โฮ คอร์ปอเรต จำกัด ธนาคารซูมิโตโม มิตซุย แบงกิ้ง คอร์ปอเรชั่น จำกัด ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) และชำระเงินโดยตัดบัตรเครดิต/เดบิต MasterCard โดยนายจ้างไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงินของธนาคาร สำหรับธนาคารทหารไทย ผู้ใช้บริการต้องเป็นนายจ้างที่นำส่งข้อมูลเงินสมทบผ่านช่องทาง National Single Window (NSW) ซึ่งนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าธรรมเนียมการชำระเงิน ของธนาคาร รายการละ 20 บาท

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯและผู้ยื่นคำขอฯจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร /การพิจารณา</u> กรณียื่นแบบสปส.1-10 ส่วนที่ 1 หรือ สปส.1 - 10/1 (กรณียื่นรวมสาขา) และสปส.1-10 ส่วนที่ 2 ที่ข้อมูลด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์หน้าเคาน์เตอร์การเงิน และเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสด/เช็ค (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา
2. <u>การลงนาม</u> บันทึกรับชำระเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้นายจ้าง (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 10 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ สปส. 1-10 (ส่วนที่1) และ (ส่วนที่ 2) จำนวน 1 ชุด
2. ใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบ กรณียื่นรวม สปส.1-10/1 จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : 1. ส่วนราชการ กรณีเงินตกเบิกขอให้แนบสำเนาฎีกาการเบิกจ่ายเงินประกันสังคม
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

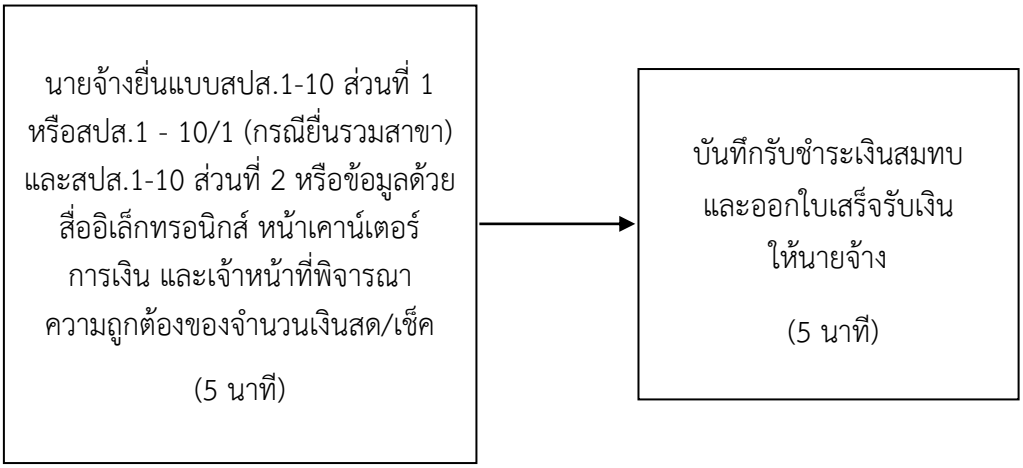
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

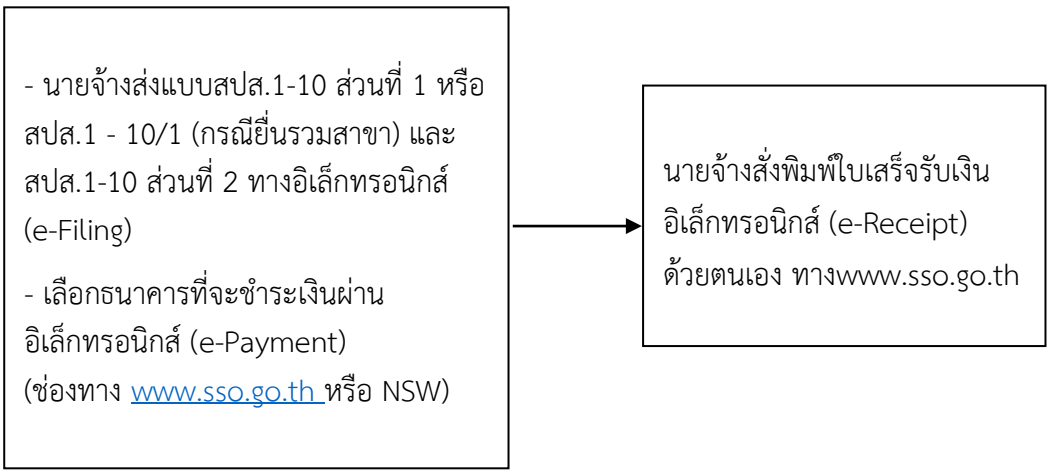
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)

ขั้นตอนการชำระเงินที่เคาน์เตอร์การเงิน



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 10 นาที/ราย

ขั้นตอนการชำระเงินผ่านอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment)



ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ (สปส.1-10 (ส่วนที่ 1)**
- **แบบรายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ (สปส.1-10 ส่วนที่ 2)**
- **แบบใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบ กรณียื่นรวม (สปส.1-10/1)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ชื่อสาขา (ถ้ามี).....

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่/สาขา.....

.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เลขที่บัญชี □□-□□□□□□□-□

ลำดับที่สาขา □□□□□

อัตราเงินสมทบร้อยละ.....

การนำส่งเงินสมทบสำหรับค่าจ้างเดือน.....พ.ศ.....

รายการ		จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1.	เงินค่าจ้างทั้งสิ้น		
2.	เงินสมทบผู้ประกันตน		
3.	เงินสมทบนายจ้าง		
4.	รวมเงินสมทบที่นำส่งทั้งสิ้น		
	( )		
5.	จำนวนผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบ		คน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้เป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ

พร้อมนี้ได้แนบ

☐ รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ จำนวน.....แผ่น หรือ

☐ สื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน.....แผ่น

☐ อินเตอร์เน็ต

☐ อื่นๆ.....

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ชำระเงินวันที่.....

เงินเพิ่ม (ถ้ามี).....บาท .....สตางค์

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/หน่วยบริการ

ชำระเงินวันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ประทับตราธนาคาร/

หน่วยบริการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ **สปส.1-10 ส่วนที่ 2**

สำหรับค่าจ้างเดือน……..**พ.ศ**…….. **แผ่นที่**…… **ในจำนวน**…….**แผ่น**

ชื่อสถานประกอบการ..... **เลขที่บัญชี**

ลำดับที่สาขา

1	2	3	4		5	
ลำดับที่	**เลขประจำตัวประชาชน** (สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)	**คำนำหน้านาม-ชื่อ-ชื่อสกุล**	**ค่าจ้างที่จ่ายจริง**		**เงินสมทบผู้ประกันตน** (ค่าจ้างที่ใช้ในการคำนวณ ไม่ต่ำกว่า 1,650 บาท และไม่เกิน 15,000 บาท)	
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
……		……	……	……	……	00
		รวม				00

<u>คำชี้แจง</u>

1. ให้นายจ้างยื่นแบบ สปส.1-10 ทั้ง 2 ส่วน และนำส่งเงินสมทบภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบไว้ มิฉะนั้นจะต้องจ่ายเงินเพิ่มร้อยละ 2 ต่อเดือน ตั้งแต่วันที่ 16 ของเดือนที่ต้องนำส่ง
2. สำหรับผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าว ให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมในช่องเลขประจำตัวประชาชน
3. ในช่อง 4 ให้กรอกจำนวนค่าจ้างที่จ่ายจริง, ในช่อง 5 การคำนวณเงินสมทบสำหรับผู้ที่ได้รับค่าจ้างต่ำกว่า 1,650 บาท ให้คำนวณจาก 1,650 บาท และผู้ที่ได้รับค่าจ้างเกินกว่า 15,000 บาท ให้คำนวณจาก 15,000 บาท
4. เงินสมทบแต่ละคน หากมีเศษสตางค์ตั้งแต่ 50 สตางค์ขึ้นไป ให้ปัดเป็น 1 บาท ถ้าน้อยกว่า 50 สตางค์ให้ปัดทิ้ง และให้นายจ้างนำส่งเงินสมทบในส่วนของนายจ้างเท่ากับจำนวนเงินสมทบของผู้ประกันตนที่มีการปัดเศษสตางค์แล้ว
5. เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ทุกครั้งที่นำส่งเงินสมทบ กรุณากรอกรายการให้ครบถ้วนถูกต้อง และชัดเจนด้วยเครื่องพิมพ์หรือลายมือตัวบรรจง
6. สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีค่าจ้าง ให้กรอกในช่อง 1-5 ด้วย

ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ…….....**นายจ้าง**

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่…….....**เดือน**…….....**พ.ศ.**.....

<u>คำเตือน</u> 1. การไม่ยื่นแบบ สปส.1-10 ภายในเวลาที่กฎหมายกำหนด อาจต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ 2. การจ่ายค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำรายวันตามที่กฎหมายกำหนดอาจจะ มีความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน 3. การกรอกข้อความเป็นเท็จ อาจจะมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

สำนักงานประกันสังคม

ใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบกรณียื่นรวม

(ใช้ในกรณีนายจ้างยื่นชำระเงินสมทบรวมของสาขา)

สำหรับค่าจ้างเดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

อัตราเงินสมทบร้อยละ.....

1	2	3	4	5	6	7
ลำดับที่	ลำดับที่สาขา	เงินค่าจ้างทั้งสิ้น	เงินสมทบ ผู้ประกันตน	เงินสมทบ นายจ้าง	รวมเงินสมทบ ที่นำส่งทั้งสิ้น	จำนวน ผู้ประกันตน ที่ส่งเงินสมทบ
ยอดรวมเฉพาะแผ่นนี้						
ยอดรวมทั้งสิ้น						

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ชำระเงินวันที่.....

เงินเพิ่ม (ถ้ามี).....บาท.....สตางค์

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/หน่วยบริการ

ชำระเงินวันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ประทับตราธนาคาร/

หน่วยบริการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำ แหน่ง.....

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ…….....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่…….....เดือน…….....พ.ศ.....

ใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบกรณียื่นรวม

(ใช้ในกรณีนายจ้างยื่นชำระเงินสมทบรวมของสาขา) **แผ่นที่**..... **ในจำนวน**.....**แผ่น**

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

1	2	3	4	5	6	7
ลำดับที่	ลำดับที่สาขา	เงินค่าจ้างทั้งสิ้น	เงินสมทบผู้ประกันตน	เงินสมทบนายจ้าง	รวมเงินสมทบนำส่งทั้งสิ้น	จำนวนผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบ
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
			00	00	00	
ยอดรวมเฉพาะแผ่นนี้			00	00	00	

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 -12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเงินสมทบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับผู้ที่เคยเป็นลูกจ้าง (ผู้ประกันตนมาตรา 33) และสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง หากประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไปให้ยื่นความจำนงสมัครเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ณ สำนักงานประกันสังคม ภายใน 6 เดือน นับจากวันสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 โดยผู้ประกันตนมาตรา 39 มีหน้าที่นำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละครั้ง ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ตามอัตราที่กฎหมายกำหนด หากผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบไม่ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนดต้องจ่ายเงินเพิ่มตามกฎหมายร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่ไม่ได้นำส่ง โดยยื่นแบบ สปส.1-11 หรือบัตรประจำตัวประชาชน ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยมีช่องทางการชำระเงิน ดังนี้

1. ชำระเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /จังหวัด/สาขา
2. ชำระเงินสมทบเป็นธนาณัติทางไปรษณีย์ เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษณีย์กำหนด
3. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร (Bill payment) 3 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
4. ชำระเงินสมทบโดยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร (Direct Debit) 7 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) และ ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

5. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส (เคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-eleven และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

6. ชำระเงินสมทบผ่านที่ทำการไปรษณีย์ (Pay at post) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

7. ชำระเงินสมทบผ่านเซ็นเพย์ (จุดชำระเงินในเครือเซ็นทรัลกรุ๊ป ที่มีสัญลักษณ์) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

8. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์บิ๊กซี ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

9. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์เทสโก้ โลตัส ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสาร ไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ยื่นบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นใดที่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก หน้าเคาน์เตอร์การเงิน และเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสด/เช็ค (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา
2. <u>การลงนาม</u> บันทึกรับชำระเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 10 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นใดที่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

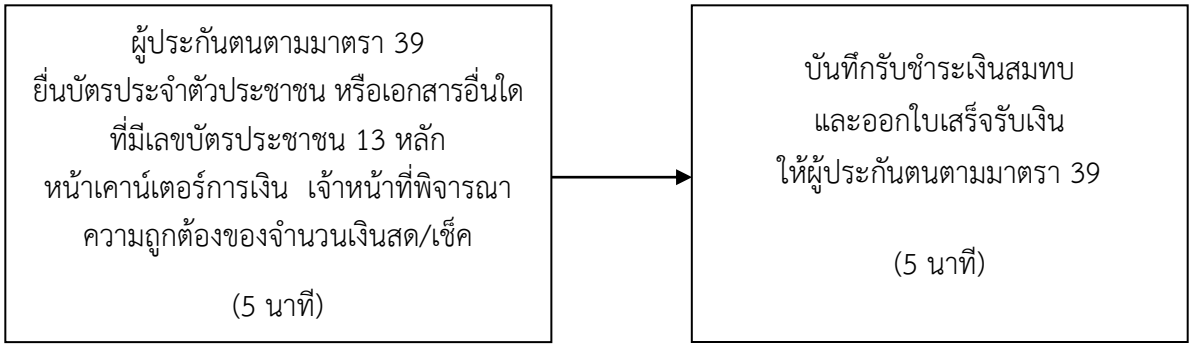
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39

รับ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 10 นาที/ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- ไม่มี -

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 -12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงินสมทบที่ต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม

ทางเลือกที่ 1 จ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน
(ผู้ประกันตนจ่าย 70 บาท/เดือน รัฐบาลสมทบ 30 บาท/เดือน)

ทางเลือกที่ 2 จ่ายเงินสมทบ 150 บาท/เดือน
(ผู้ประกันตนจ่าย 100 บาท/เดือน รัฐบาลสมทบ 50 บาท/เดือน)

ทางเลือกที่ 3 จ่ายเงินสมทบ 450 บาท/เดือน
(ผู้ประกันตนจ่าย 300 บาท/เดือน รัฐบาลสมทบ 150บาท/เดือน)

เฉพาะทางเลือกที่ 2 และ 3 หากผู้ประกันตนประสงค์จะจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม (เงินบำเหน็จชราภาพ) สามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมได้ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาท

หน้าที่ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบตามทางเลือกที่ได้สมัครไว้เป็นรายเดือน เดือนละครั้ง หากเกินกำหนดจะถือว่าผู้ประกันตนขาดส่งเงินสมทบในเดือนนั้น
2. ผู้ประกันตนสามารถนำส่งเงินสมทบล่วงหน้าได้ครั้งละไม่เกินสิบสองเดือน
3. ผู้ประกันตนไม่สามารถนำส่งเงินสมทบย้อนหลังได้

หมายเหตุ : สำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่กลับเข้าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39 (ทำงานในสถานประกอบการ/นายจ้าง) ให้ผู้ประกันตนระงับการนำส่งเงินสมทบในฐานะผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เนื่องจากไม่สามารถนำส่งเงินสมทบซ้ำซ้อนในช่วงที่ได้กลับเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39 ได้

โดยมีช่องทางการชำระเงิน ดังนี้

1. ชำระเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /จังหวัด/สาขา
2. ชำระเงินสมทบเป็นธนาณัติทางไปรษณีย์ เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษณีย์กำหนด
3. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร 3 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
4. ชำระเงินสมทบโดยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร 9 แห่ง คือ ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) และธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
5. ชำระเงินสมทบผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส (ร้าน 7-eleven และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ เคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEN) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
6. ชำระเงินสมทบผ่านเทสโก้โลตัส ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
7. ชำระเงินสมทบผ่านตู้บุญเติม ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
8. ชำระเงินสมทบผ่านบิ๊กซี ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน
9. ชำระเงินสมทบผ่านเซ็นเพย์ (จุดชำระเงินในเครือเซ็นทรัลกรุ๊ป ที่มีสัญลักษณ์ cenpay) ไม่เสียค่าธรรมเนียมการชำระเงิน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯและผู้ยื่นคำขอฯจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยื่นบัตรประจำตัวประชาชน หรือสมุดประจำตัวผู้ประกันตนตามมาตรา 40 หรือเอกสารอื่นใดที่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก หน้าเคาน์เตอร์การเงินและเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสด/เช็ค (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา
2. <u>การลงนาม</u> บันทึกรับเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้ให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 10 นาที /ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือสมุดประจำตัวผู้ประกันตนตามมาตรา 40 หรือเอกสารอื่นใดที่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

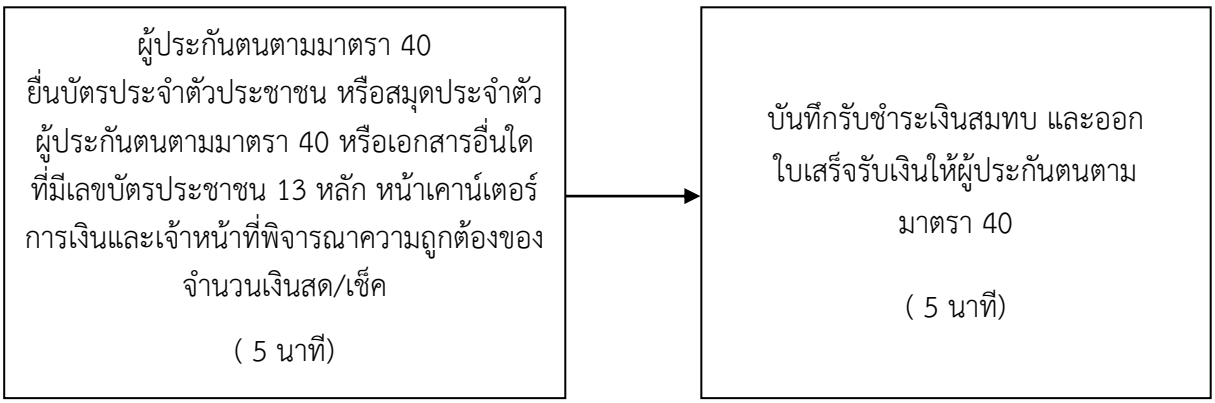
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506

4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
(The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
Line ID : fad.pacc
Email : fac.pacc@gmail.com
Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 รับ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 10 นาที/ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

-ไม่มี-

หมวดการขอรับคืนเงินสมทบ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักเงินสมทบ สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. นายจ้างมีหน้าที่หักค่าจ้างของผู้ประกันตนตามจำนวนที่จะต้องนำส่งเป็นเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตน และนายจ้างต้องนำส่งเงินสมทบส่วนของนายจ้างในจำนวนที่เท่ากัน เพื่อนำส่งให้สำนักงานประกันสังคม ในกรณีที่นายจ้างนำส่งเงินสมทบในส่วนผู้ประกันตนหรือเงินสมทบในส่วนของนายจ้างให้แก่สำนักงานเกินจำนวนที่ต้องชำระ ให้นายจ้างหรือผู้ประกันตนยื่นคำร้องขอรับเงินในส่วนที่เกินคืนได้ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตน มิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบหรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม
2. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (นายจ้างขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเช็คทางไปรษณีย์
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น (โดยสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด และสาขาเป็นผู้ดำเนินการโอนเอง)
3. กรณีรับเช็คทางไปรษณีย์หรือธนาณัติ สำนักงานฯ จะส่งภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
4. กรณีโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร สำนักงานจะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีภายใน 5 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้างยื่นแบบคำขอรับเงินคืน (สปส.1-23/1) ณ สำนักงานประกันสังคม เจ้าหน้าที่รับแบบตรวจสอบเอกสารและบันทึกเข้าระบบคืนเงิน (ระยะเวลา 10 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบข้อมูลการขอรับเงินคืนของสถานประกอบการ เสนอแบบคำขอรับเงินคืน เพื่อให้ผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ/ไม่อนุมัติ บันทึกผลการพิจารณาในระบบคืนเงินและหนังสือแจ้งผล (ระยะเวลา 55 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและบันทึกจ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินสมทบนายจ้างในระบบสารสนเทศ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 70 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับคืนเงิน (นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ) สปส.1-23/1 จำนวน 1 ฉบับ
2. กรณีนายจ้างขอคืนเงินให้กับลูกจ้างให้แนบรายชื่อลูกจ้างที่ขอคืน พร้อมจำนวนเงินที่ขอคืนแต่ละคน เช่น นายจ้างนำส่งเงินให้กับลูกจ้างที่อายุต่ำกว่า 15 ปีหรือมากกว่า 60 ปี จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน จำนวน 1 ฉบับ
4. บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่ราชการออกให้ของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
5. เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอรับคืนเงิน เช่น หลักฐานการจ่ายเงินค่าจ้าง, หนังสือลาออกของผู้ประกันตน เป็นต้น (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ) จำนวน 1 ชุด
6. บัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ของผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : 1) กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หรือ กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกโอนเงินที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) หรือธนาคาร กรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

2) เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

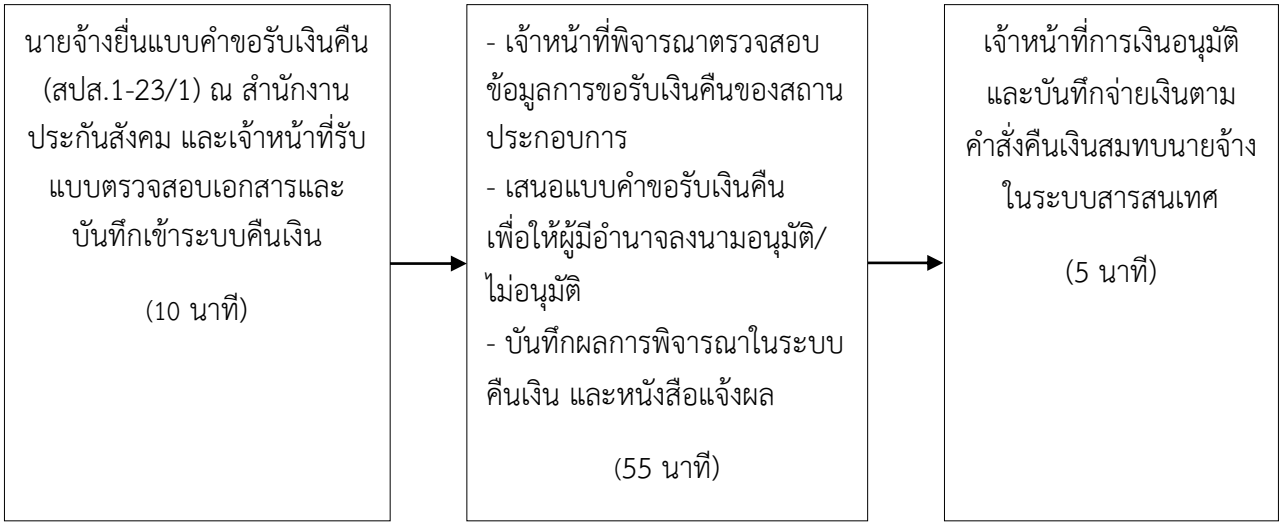
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506

4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
(The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
Line ID : fad.pacc
Email : fac.pacc@gmail.com
Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 70 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- คำขอรับคืนเงิน (นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ) (สปส.1-23/1)

สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1-23/1

คำขอรับเงินคืน

(นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ ☐☐/☐☐-☐☐☐☐☐

วันที่รับ .....

1. ชื่อสถานประกอบการ ☐ บริษัท ☐ ห้างหุ้นส่วน ☐ เจ้าของคนเดียว .....
   เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐
2. ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
   แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
   รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้คืน

ประจำเดือน/พ.ศ.	ส่วนของนายจ้าง	ส่วนของผู้ประกันตน	รวม
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
รวม			

4. ขอรับเงินคืน ☐ ทุกสาขา ☐ เฉพาะสาขาลำดับที่ .....
   ..... (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)
5. จ่ายเงินเกินเนื่องจาก .....
6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
   - ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล หรือสำเนาทะเบียนพาณิชย์
   - ☐ บัญชีรายชื่อผู้ประกันตนพร้อมจำนวนเงินที่ขอคืนแต่ละคน
   - ☐ ใบมอบอำนาจกระทำการแทน
   - ☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
   - ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ยื่นวันที่ .....

หมายเหตุ ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตน มิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน .....

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้ .....

เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ เป็นจำนวนเงิน .....บาท

(.....) .....

.....

.....

.....

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

.....

ลงชื่อ .... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(..... .....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเงินสมทบ** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้ประกันตนมาตรา33 ที่ทำงานกับนายจ้างหลายรายและนำส่งเงินสมทบเกินจำนวนตามที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอรับเงินได้ตามระเบียบที่กำหนด ถ้าผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบหรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงินให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนนั้น (1) ตาย (2) ได้กลับเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 อีก (3) ลาออกจากความเป็นผู้ประกันตนโดยการแสดงความจำนง ต่อสำนักงาน หากผู้ประกันตนตามมาตรา 39 มีการนำส่งเงินสมทบหลังความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุด ให้ยื่นแบบขอรับคืนเงินได้ตามระเบียบที่กำหนด ถ้าผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบ หรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติม

3. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้ประกันตนขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
2) กรณีรับเช็คทางไปรษณีย์ จะส่งให้ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น

กรณีโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการขอคืนเงินสมทบ ทั้งนี้ สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตนภายใน 4 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่ แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตน ยื่นแบบขอรับเงินคืน ณ สำนักงานประกันสังคม เจ้าหน้าที่รับแบบ ตรวจสอบเอกสารและบันทึกเข้าระบบคืนเงิน (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบข้อมูลการขอรับเงินคืนของผู้ประกันตน เสนอแบบคำขอรับเงินคืน เพื่อให้ผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ/ไม่อนุมัติ บันทึกผลการพิจารณาในระบบคืนเงินและหนังสือแจ้งผล (ระยะเวลา 15 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและบันทึกการจ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินสมทบผู้ประกันตนในระบบสารสนเทศ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

กรณีผู้ประกันตนเป็นผู้ยื่นแบบคำขอคืนเงิน

1. แบบคำขอรับคืนเงิน (สปส.1-23/2, สปส.1-23/3) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ
   โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)
   ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพจำกัด (มหาชน)
   ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน)
   ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน)
   ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย
3. เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอรับเงินคืน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

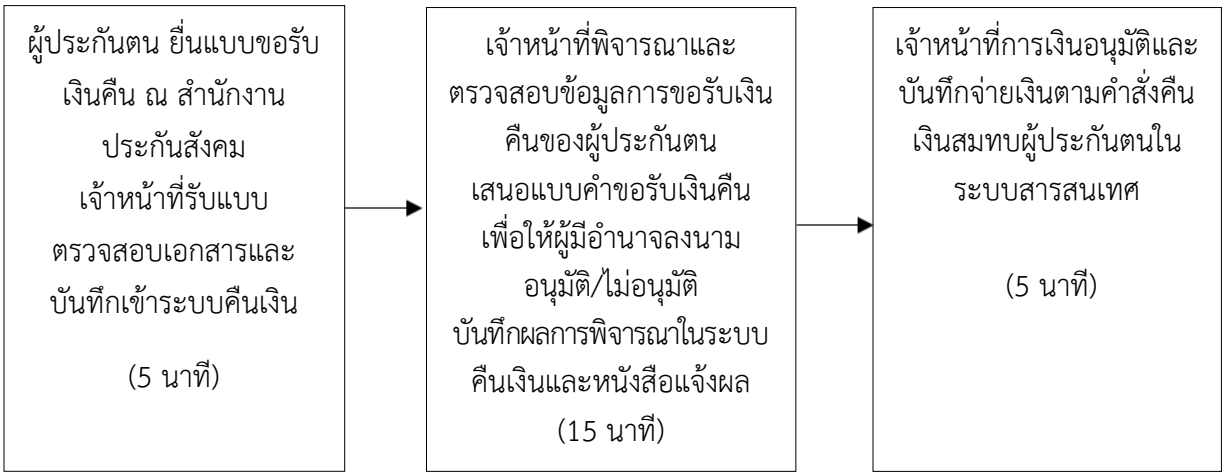
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH

6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
(The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
Line ID : fad.pacc
Email : fac.pacc@gmail.com
Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Cente

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 25 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับเงินคืน (สำหรับผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างหลายราย) สปส.1-23/2**
- **แบบคำขอรับเงินคืน (สำหรับผู้ประกันตนโดยสมัครใจ) สปส.1-23/3**

สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1-23/2

คำขอรับเงินคืน

(สำหรับผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างหลายราย)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ ☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐

วันที่รับ .....

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ..... ชื่อสกุล .....

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

   (กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขบัตรประกันสังคม)

2. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

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

   รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

3. รายชื่อสถานประกอบการที่ทำงาน เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

   ..... ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ ☐☐☐☐☐☐

   ..... ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ ☐☐☐☐☐☐

   ..... ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ ☐☐☐☐☐☐

   ..... ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ ☐☐☐☐☐☐

   ..... ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ ☐☐☐☐☐☐

   (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

4. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่ถูกหักไว้เกิน เป็นของเดือน.....

   จำนวน ..... บาท (.....)

5. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

   ☐ หลักฐานแสดงการหักเงินสมทบของนายจ้างแต่ละราย จำนวน ..... ฉบับ

   ☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

   ☐ สำเนาบัตรประกันสังคม (กรณีคนต่างด้าว)

   ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน

(.....)

ยื่นวันที่ .....

หมายเหตุ 1. กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมแทนเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

2. ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน .....

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว .....

เป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....)

.....

.....

.....

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

.....

ลงชื่อ .... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(..... .....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1-23/3

คำขอรับเงินคืน

(สำหรับผู้ประกันตนโดยสมัครใจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ ☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐

วันที่รับ .....

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ..... ชื่อสกุล .....

   เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

   (กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขบัตรประกันสังคม)

2. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

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

   รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้คือ

ประจำเดือน/พ.ศ.	เงินสมทบ	เงินเพิ่ม	รวม
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
รวม			

4. จ่ายเกินเนื่องจาก .....

5. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

   ☐ ใบเสร็จรับเงิน จำนวน ..... ฉบับ

   ☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ เจ้าหน้าที่รัฐ

   ☐ สำเนาบัตรประกันสังคม (กรณีคนต่างด้าว)

   ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน

(.....)

ยื่นวันที่ .....

หมายเหตุ 1. กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมแทนเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

2. ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน .....

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว .....

เป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....)

.....

.....

.....

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

.....

ลงชื่อ .... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(..... .....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงินไม่พึงชำระ หมายถึง เงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยไม่มีหน้าที่จ่าย หรือโดยมิได้มีลักษณะเป็นเงินสมทบตามพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทน ของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2561

ให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 หรือผู้มีสิทธิสามารถยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิขอรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระ (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยังมีชีวิต) ได้แก่

1. กรณีไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40
2. กรณีเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40
3. กรณีแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (เกษียณอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป)
4. กรณีแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (ประสงค์ลาออกจากสาเหตุอื่น)
5. กรณีได้กลับเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39

การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจฉบับจริงไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชี ของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารโอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน ภายใน 5 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบคำขอฯ และบันทึกคำขอในระบบ (ระยะเวลา 20 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> เสนอแบบคำขอฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติ/ไม่อนุมัติ เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบเจ้าหน้าที่ออกใบคำสั่งคืนเงินฯ และหนังสือแจ้งผลในระบบ (ระยะเวลา 15 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและบันทึกจ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบ (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 40 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1. แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5)	จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)	จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นรับเงินแทน พร้อมแนบบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร) หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชี ของผู้ประกันตนโดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารออมสิน	จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

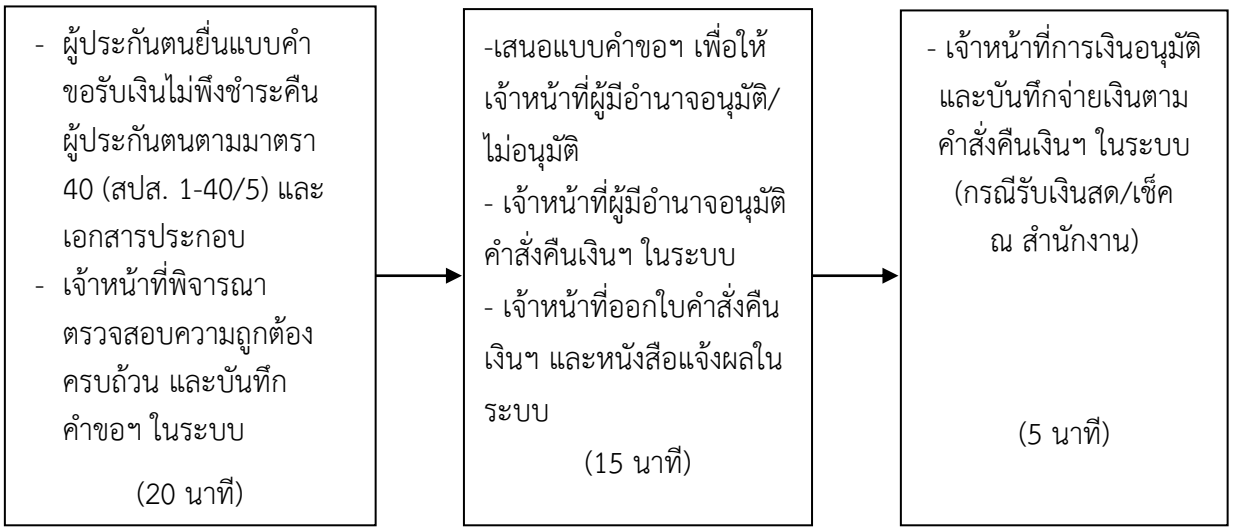
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
   ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777 Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 40 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5)**
- **หนังสือมอบอำนาจ**

(สปส.1-40/5)

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ □□ /□□□□□
วันที่รับ.....

---

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ .....ชื่อ– ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอล).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ที่ติดต่อ 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.....
4. กรณีผู้ประกันตน**มีชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
☐ หนังสือมอบอำนาจ
กรณีผู้ประกันตน**เสียชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
☐ ทะเบียนสมรสบิดา มารดาของผู้ประกันตน ☐ ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน ☐ หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน ☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนจากสำนักงานภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิขอรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....
ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า
☐ เห็นควรอนุมัติคืนเงินไม่พึงชำระให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 / ผู้มีสิทธิ

☐ ทางเลือก 1

☐ ทางเลือก 2

☐ ทางเลือก 3

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินจากกองทุนประกันสังคม กรณี

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ เงินบำเหน็จกรณีชราภาพ

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ ☐ เงินค่าทำศพกรณีตาย

☐ เงินไม่พึงชำระ/เงินล่วงหน้า ☐ เงินสงเคราะห์บุตร

☐ เงินสมทบบำนาญชราภาพกรณีสิ้นสุดตามกฎหมาย ☐ กรณีอื่น ๆ.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... เป็นผู้รับเงินจำนวน.....บาท

(.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงินไม่พึงชำระ หมายถึง เงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จ่ายล่วงหน้าไว้แล้ว ต่อมาผู้ประกันตนเสียชีวิตและทายาท /ผู้มีสิทธิได้แสดงความจำนงต่อสำนักงานขอรับเงินดังกล่าว

ให้ทายาท หรือผู้มีสิทธิสามารถยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต (สปส.1-40/3) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิขอรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

ในกรณีที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าครั้งละเกินจำนวนหนึ่งเดือนขึ้นไป และผู้ประกันตนเสียชีวิต ให้สำนักงานคืนเงินสมทบส่วนที่จ่ายล่วงหน้า ให้แก่

1. บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบ
2. กรณีที่ผู้ประกันตนมิได้ทำหนังสือระบุไว้ก็ให้นำมาเฉลี่ยจ่ายให้แก่ สามีภริยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตนในจำนวนที่เท่ากัน
3. กรณีที่ไม่มีผู้มีสิทธิรับเงินสมทบตามที่ผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้ให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบและไม่มีทายาทตาม ข้อ 2 ให้ทายาทของผู้ประกันตนดังต่อไปนี้มีสิทธิได้รับเงินสมทบตามลำดับ หากบุคคลลำดับใดมีจำนวนมากกว่าหนึ่งคนให้บุคคลลำดับนั้นได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

3.1 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3.2 พี่น้องร่วมบิดา หรือร่วมมารดา
3.3 ปู่ ย่า ตา ยาย
3.4 ลุง ป้า น้า อา

การขอรับคืนเงินสมทบไม่พึงชำระ (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารโอนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ทายาท/ผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) (สปส.1-40/3) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบคำขอฯ และบันทึกคำขอฯ ในระบบสารสนเทศมาตรา 40 (ระยะเวลา 50 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12

เสนอแบบคำขอฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติ/ไม่อนุมัติ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบ

เจ้าหน้าที่ออกใบคำสั่งคืนเงินฯ และหนังสือแจ้งผลในระบบ

(ระยะเวลา 25 นาที)

3. <u>การลงนาม</u> สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12

เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และบันทึก

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

จ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบ

(กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน)

(ระยะเวลา 5 นาที)

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 80 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) (สปส.1-40/3) จำนวน 1 ฉบับ
2. หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
3. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ จำนวน 1 ฉบับ
4. ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ
5. ทะเบียนสมรส /ทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ
6. ทะเบียนสมรส /ทะเบียนหย่าของ บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
7. ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
8. สูติบัตร หรือทะเบียนบ้านบุตร (กรณีไม่มีสูติบัตร) จำนวน 1 ฉบับ
9. หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
10. หนังสือมอบอำนาจ กรณีทายาท /ผู้มีสิทธิ มอบอำนาจให้รับเงินแทน พร้อมแนบบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
11. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารออมสิน จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

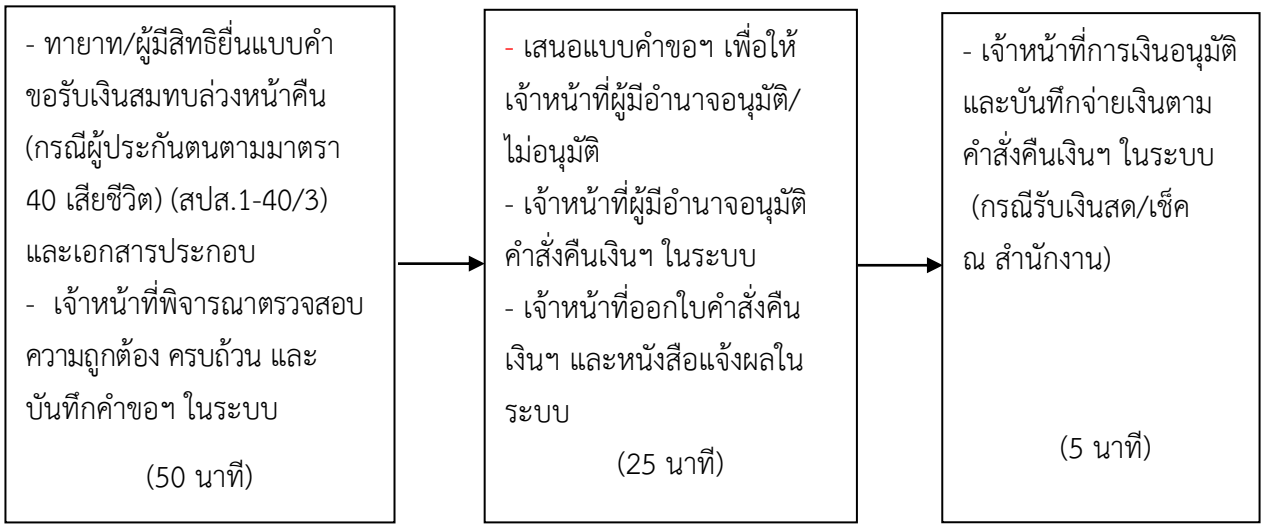
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 80 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) (สปส.1-40/3)**
- **หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)**
- **หนังสือมอบอำนาจ**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน
(กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ□□ /□□□□□
วันที่รับ.....

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ .....ชื่อ –ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้มีสิทธิ
3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่นำส่งไว้ล่วงหน้าคืน ของผู้ประกันตน ชื่อ – ชื่อสุกล .....
เลขประจำตัวประชาชน..... ☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3 เนื่องจากเสียชีวิต
4. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณามี ดังนี้
☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
☐ ทะเบียนสมรสบิดา มารดาของผู้ประกันตน ☐ ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน ☐ หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน ☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้มีสิทธิ
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนจากสำนักงาน ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....
ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า
☐ เห็นควรอนุมัติคืนเงินสมทบล่วงหน้า จำนวนเงิน.....บาท (.....)
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 / ผู้มีสิทธิ

☐ ทางเลือก 1

☐ ทางเลือก 2

☐ ทางเลือก 3

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินจากกองทุนประกันสังคม กรณี

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ เงินบำเหน็จกรณีชราภาพ

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ ☐ เงินค่าทำศพกรณีตาย

☐ เงินไม่พึงชำระ/เงินล่วงหน้า ☐ เงินสงเคราะห์บุตร

☐ เงินสมทบบำนาญชราภาพกรณีสิ้นสุดตามกฎหมาย ☐ กรณีอื่น ๆ.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... เป็นผู้รับเงินจำนวน.....บาท

(.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน
(กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐- ☐☐-☐ เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินสมทบล่วงหน้าคืน กรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายก่อนได้รับเงินสมทบล่วงหน้าคืน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินสมทบล่วงหน้าคืนแก่บุคคลตามรายชื่อดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐- ☐☐-☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....
หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) .....

๒. ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐- ☐☐-☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....
หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) .....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐- ☐☐-☐

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐- ☐☐-☐

หมายเหตุ ๑) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานให้ครบถ้วน
๒) ให้ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิเก็บหนังสือฉบับนี้ไว้เอง
๓) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนได้รับเงินสมทบล่วงหน้าคืน ให้ผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อขอรับเงินคืน ณ สำนักงานประกันสังคมในความรับผิดชอบ หรือสำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ
๔) หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ออกหนังสือฉบับใหม่และทำลายหนังสือฉบับเดิมด้วยทุกครั้ง

หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทน ของกองทุนประกันสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักสิทธิประโยชน์ กองบริหารการเงินและการบัญชี สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์
- เป็นการประสบอันตราย /เจ็บป่วย ไม่เนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- มีสิทธิรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการรักษาแต่กรณีที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรฯ ได้ เนื่องจากผู้ประกันตนประสบอันตราย/เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความจำเป็นต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลอื่นและได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน สามารถนำมาเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้ตามอัตราประกาศฯ กำหนด
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เบิกได้ตามรายการและอัตราตามประกาศฯ กำหนด
- เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบ ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีหนึ่งไม่เกิน 180 วัน เว้นแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ไม่เกิน 365 วัน

** กรณีผู้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ด้วยโรคเรื้อรังเสียชีวิตมีสิทธิได้รับเงินค่าทำศพและเงินสงเคราะห์กรณีตาย (เสียชีวิตตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558)

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ต้องขอความเห็นแพทย์เพิ่มเติม เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายในวัน 3 ทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิภายใน 4 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ:

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯจะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือสำหรับประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 25 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 35 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) จำนวน 1 ฉบับ
หรือกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์สามารถใช้แบบคำขอรับค่าอวัยวะเทียมฯ (สปส. 2-09) ได้
2. ใบเสร็จรับเงินที่ขอเบิก (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์) จำนวน 1 ชุด
3. ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด
   - กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล ให้แพทย์ระบุอาการเจ็บป่วยในขณะเข้ารับการรักษา
   - กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้
   - กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน
4. หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้) จำนวน 1 ฉบับ
5. สถิติวันลาป่วยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
6. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
7. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบ ไปแสดงหรือกรณีรับเงินผ่านธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ

8. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ตามข้อ 2-5 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงที่ขอใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ. พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300/สายด่วน 1111/www.1111.go.th/
   ตู้ ปณ. 1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 35 นาที / เรื่อง

หมายเหตุ : กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่ต้องขอความเห็นแพทย์เพิ่มเติม หรือกรณีไม่เกิดเหตุสุดวิสัย เช่น กรณีระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง มีจำนวนผู้ขอรับบริการมาขอรับประโยชน์ทดแทนเป็นจำนวนมาก เป็นต้น จึงจะสามารถดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)**
- **แบบคำรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล (สปส.2-09)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....

☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้

○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย *กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ* ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร *กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ* ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/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

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบและคำเตือนด้านหลัง

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

2. ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....

3. ผลการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ระบุสภาพร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด เดินไม่ได้ ฯลฯ) .....
.....

4. ได้ใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ ชื่อสถานพยาบาล/ร้าน.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน .....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

5. การขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ผ่านมาของผู้ประกันตน
☐ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ กรณีทุพพลภาพ
☐ เคยขอรับเมื่อ ว/ด/ป..... ☐ ไม่เคย

6. ขอรับค่า ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ชนิด.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

7. หลักฐานที่แนบ ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ ใบรับรองแพทย์ (ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทของอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯที่ใช้ด้วย)

8. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม 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...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

<u>คำแนะนำในการกรอกแบบ</u>

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. กรอกวัน / เดือน / ปี ที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
3. กรอกอาการหรือสภาพร่างกายที่ได้รับจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
4. กรอกชื่อที่อยู่ของสถานพยาบาลหรือร้านค้าที่ใส่อวัยวะเทียม / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
5. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกข้อความให้ครบถ้วน
6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ
7. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
   - กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง
   - กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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

<u>หมายเหตุ</u> ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้

♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย

♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

<u>คำเตือน</u> : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- กรณีทันตกรรม เฉพาะถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด
  - ตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม - 11 สิงหาคม 2559 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 600 บาท/ปี
  - ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม – 27 กันยายน 2559 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 900 บาท/ปี ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราแนบท้ายประกาศฯ กำหนด ดังนี้

    1) ขูดหินปูนทั้งปาก 400 บาท

    2) อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam

    - 1 ด้าน 300 บาท
    - 2 ด้าน 450 บาท

    3) อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

    - 1 ด้าน (ฟันหน้า) 350 บาท
      (ฟันหลัง) 400 บาท
    - 2 ด้าน (ฟันหน้า) 400 บาท
      (ฟันหลัง) 500 บาท

4) ถอนฟัน (ฟันแท้) 250 บาท
ถอนฟันที่ยาก 450 บาท
5) ผ่าฟันคุด 900 บาท

- ตั้งแต่วันที่ 28 กันยายน 2559 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 900 บาท/ปี
- กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน 1-5 ซี่ ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,300 บาท มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท
- กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,400 บาท ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,400 บาท

** กรณีใช้สิทธิใส่ฟันเทียมแล้ว สามารถเบิกฟันเทียมชุดใหม่ได้อีกเมื่อพ้นระยะเวลา 5 ปี

** ในกรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนเกินอัตราที่กำหนด

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ต้องขอความเห็นแพทย์เพิ่มเติม เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 15 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงิน อนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม (สปส. 2-16)	จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบเสร็จรับเงินที่ขอเบิก	จำนวน 1 ชุด
3. ใบรับรองแพทย์	จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ใน ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่	จำนวน 1 ชุด
5. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง	จำนวน 1 ชุด

6. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดงหรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ

7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ตามข้อ 2-4 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงที่ขอใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

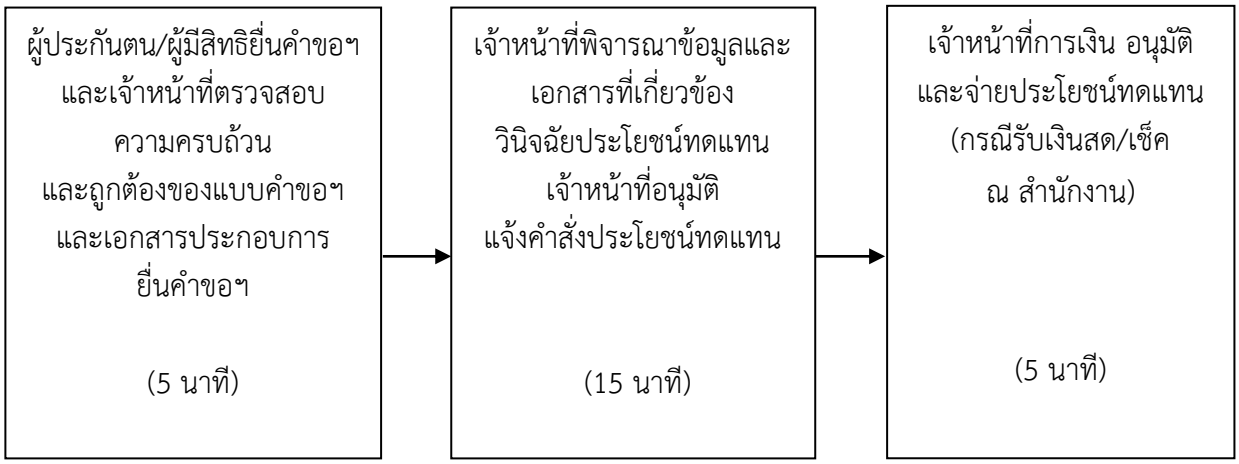
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีทันตกรรม



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 25 นาที / เรื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม (สปส.2-16)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีทันตกรรม
(อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าตัดฟันคุด ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้)

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ .....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....1

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 (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
ระบุชื่อผู้ประกันตน ..... เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....สาขา.....1

4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม ..... ชื่อสถานพยาบาล .....

5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ
☐ อุดฟัน.....ซี่
☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด..... ซี่
☐ ขูดหินปูน
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

6. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝากหักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

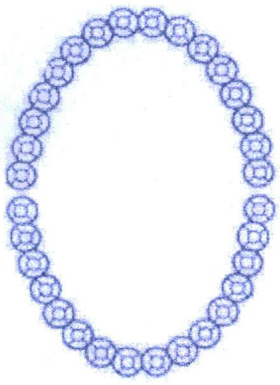
(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ ใบเสร็จรับเงิน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)
☐ สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

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

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้
F = ฟันที่อุดครั้งนี้
A = ฟันเทียมชนิดถอดได้

วันที่.....
ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....
เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษาโรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง,นางสาว).....
โดย ☐ อุดฟัน.....ซี่ ที่ # .....
☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ที่ # .....
☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา..... น. ถึงเวลา..... น.
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน..... ซี่
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

(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 จำนวน .....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม

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 ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ (เกิดสิทธิตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป)

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- ผู้ประกันตนชาย ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย จำนวน 13,000 บาท/ครั้ง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง
- ผู้ประกันตนหญิง ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย จำนวน 13,000 บาท/ครั้ง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ยเป็นเวลา 90 วัน ไม่เกิน 2 ครั้ง

***กรณีเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ แนะนำให้ใช้สิทธิผู้ประกันตนหญิง เนื่องจากจะได้รับเงินสงเคราะห์ฯ ด้วย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 15 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) จำนวน 1 ฉบับ
2. กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ
   - สูติบัตรต้นฉบับของบุตร พร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) จำนวน 1 ชุด
3. กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ
   - สูติบัตรต้นฉบับของบุตร พร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) จำนวน 1 ชุด
   - สำเนาทะเบียนสมรสหรือกรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ

กรณีไม่มีทะเบียนสมรส

4. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
5. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ
6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

ค่าธรรมเนียม

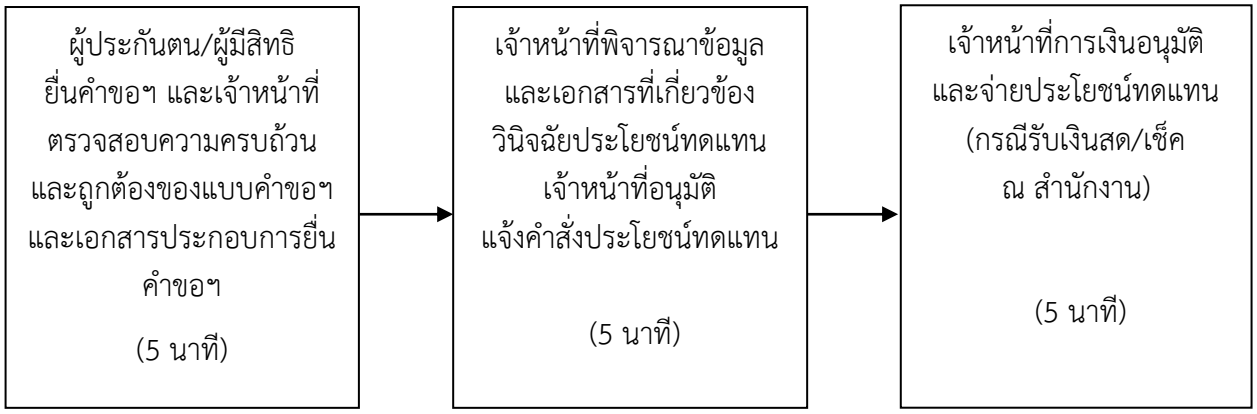
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีคลอดบุตร



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 15 นาที / เรื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....

☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้

○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร
กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ
● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/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

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

-จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนทุพพลภาพ

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

1. ทุพพลภาพระดับสูญเสียไม่รุนแรง
   1.1 ผู้ทุพพลภาพจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการงานตามปกติและงานอื่นได้
   - เงินทดแทนการขาดรายได้รับในอัตราร้อยละ 30 ตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบการงานได้ แต่ไม่เกินระยะเวลา 180 เดือน

   1.2 ทุพพลภาพจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการงานตามปกติ และมีรายได้ลดลงจากเดิม
   - เงินทดแทนการขาดรายได้ในส่วนที่ลดลงแต่ไม่เกินร้อยละ 30 ไม่เกินระยะเวลา 180 เดือน
2. ทุพพลภาพระดับความสูญเสียรุนแรง
   - เงินทดแทนการขาดรายได้รับในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิต
   - ค่าบริการทางการแพทย์กรณีทุพพลภาพระดับสูญเสียไม่รุนแรงและทุพพลภาพระดับความสูญเสียรุนแรง
   - กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ

     <u>ประเภทผู้ป่วยนอก</u> จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

     <u>ประเภทผู้ป่วยใน</u> จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (DRGs)

- กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของเอกชน
  <u>ประเภทผู้ป่วยนอก</u> จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
  <u>ประเภทผู้ป่วยใน</u> จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท

- ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามหลักเกณฑ์ประเภทและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
- ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเมื่อมีมติให้เป็นผู้ทุพพลภาพและสิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน

** กรณีผู้ทุพพลภาพเสียชีวิต ทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ฯ

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตนที่มีมติหรือคำวินิจฉัยให้เป็นผู้ทุพพลภาพแล้ว /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือนปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

** วิธีการและเงื่อนไขข้างต้นสำหรับผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมมีมติหรือคำวินิจฉัยให้เป็นผู้ทุพพลภาพแล้ว

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ทุพพลภาพ/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 15 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ที่ใช้ จำนวน 1 ชุด
3. ใบเสร็จรับเงินที่ขอเบิก จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
5. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด

6. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตนโดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ

7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ตามข้อ 2-4 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงที่ขอใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

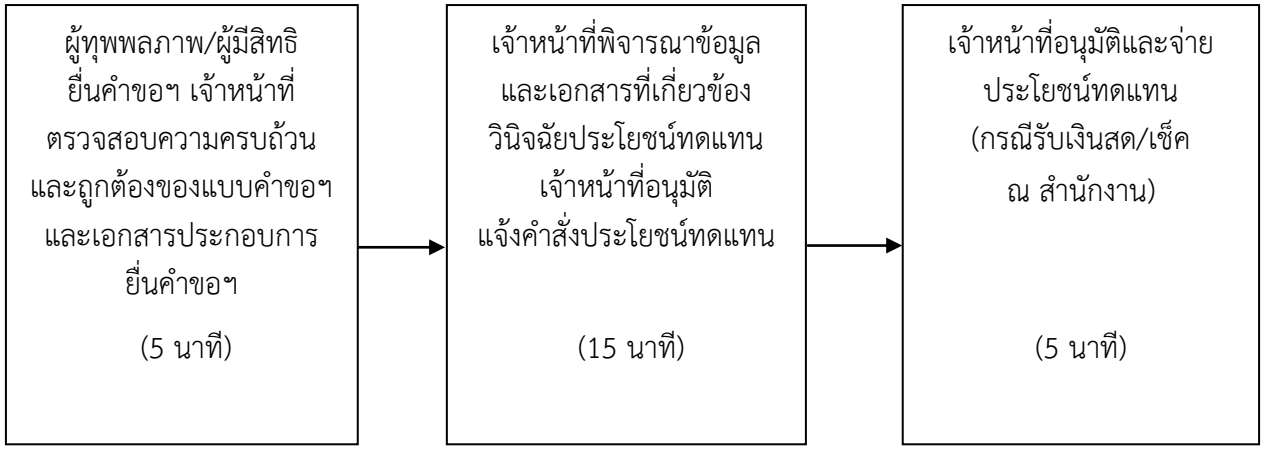
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีทุพพลภาพ



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 25 นาที/เรื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....
○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....
☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้
○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ
○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร
กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ
● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/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 หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแบบท้าย 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

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (ค่าทำศพ)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนถึงแก่ความตาย
- ไม่เนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- ค่าทำศพ 40,000 บาท

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้มีสิทธิต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้มีสิทธิขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 25 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 35 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนามรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ
3. หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ เช่น หลักฐานจากฌาปนสถาน หรือมัสยิด ที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ จำนวน 1 ชุด
4. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ
5. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
6. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิโดยสามารถเลือกรับผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ
7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ตามข้อ 3 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงที่ขอใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

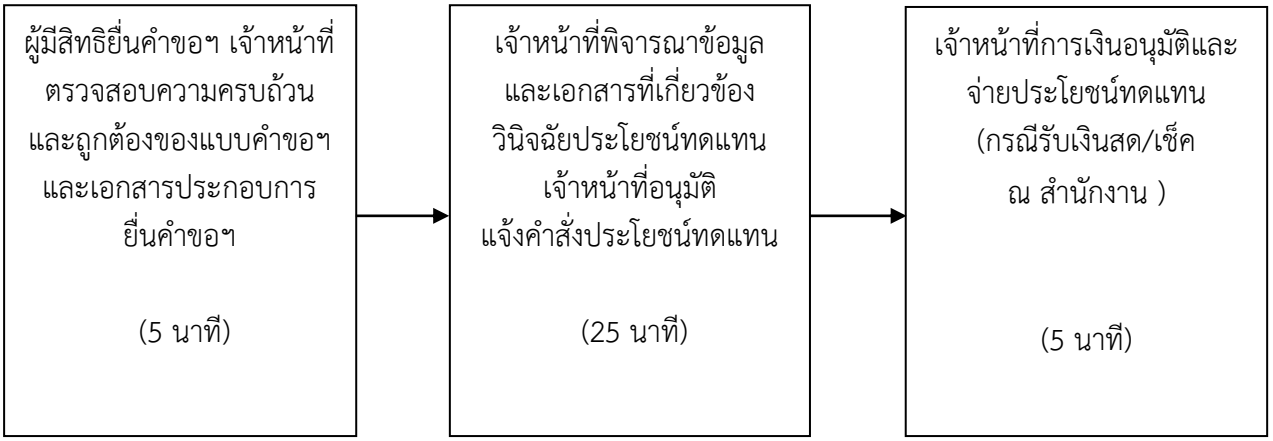
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีตาย (ค่าทำศพ)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 35 นาที/เรื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....

☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้

○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร
กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ
● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/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

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนถึงแก่ความตาย
- ไม่เนื่องจากการทำงาน

เงินสงเคราะห์ให้แก่ทายาท ดังนี้

- จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป (3 ปี) แต่ไม่ถึง 10 ปี (120 เดือน) ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ยรายเดือน x 4 (เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยสองเดือน)
- จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (120 เดือน) ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ยรายเดือน x 12 (เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยหกเดือน)

**(ตายตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558)

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้มีสิทธิต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้มีสิทธิทราบ

4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการ คืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 15 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 25 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 45 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) ตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนามรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ
3. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
5. สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร จำนวน 1 ชุด
6. หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
7. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
8. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิโดยสามารถเลือกรับผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ
9. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

ค่าธรรมเนียม

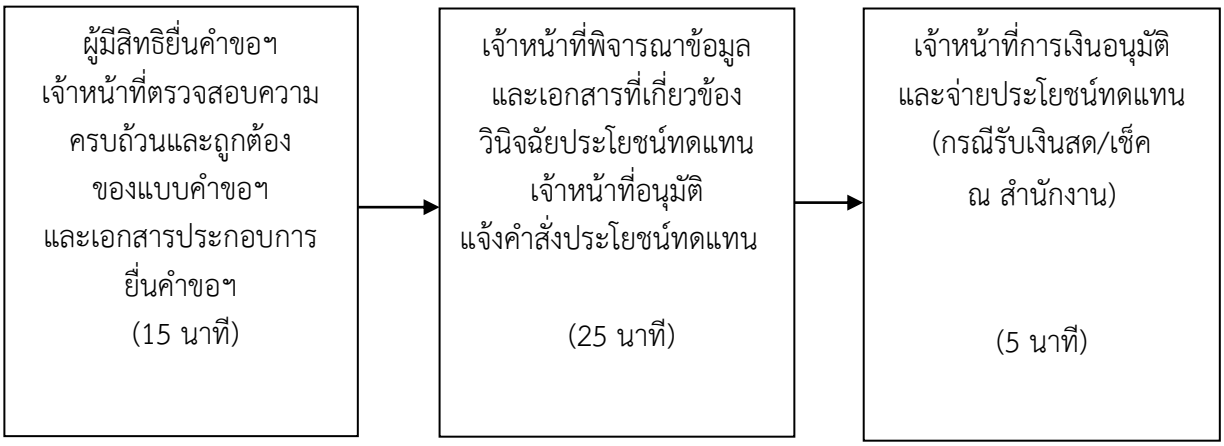
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 45 นาที / เรื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....

☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้

○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย *กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ* ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร *กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ* ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/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 หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแบบท้าย 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

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่ได้รับสิทธิ และเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือ 39

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- เงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 600 บาท ต่อบุตรหนึ่งคน สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน 3 คนยกเว้นบุตรบุญธรรมและบุตรที่ยกให้เป็นบุตรของบุคคลอื่น (ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558)

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร **สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านทางธนาคารเท่านั้น** การยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าว ผู้ยื่นคำขอฯ ต้องนำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ ประกอบการยื่นคำขอฯ ด้วย

ทั้งนี้ การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 15 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

หมายเหตุ : สำนักงานประกันสังคมโอนผ่านธนาคาร

ระยะเวลา
รวมระยะเวลา 20 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) จำนวน 1 ฉบับ
2. กรณีผู้ประกันตนเคยยื่นใช้สิทธิแล้วและประสงค์จะใช้สิทธิสำหรับบุตรคนเดิมให้ใช้
   หนังสือขอใช้สิทธิบุตรคนเดิมกรณีกลับเข้าเป็นผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ

- สูติบัตรต้นฉบับของบุตร พร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) จำนวน 1 ชุด

4. กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ

- สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่าพร้อมบันทึกแนบท้ายของผู้ประกันตน จำนวน 1 ชุด
  หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- สูติบัตรต้นฉบับของบุตร พร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) จำนวน 1 ชุด

5. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนา
หนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคล
ที่ทางราชการออกให้ จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน
โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ
7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

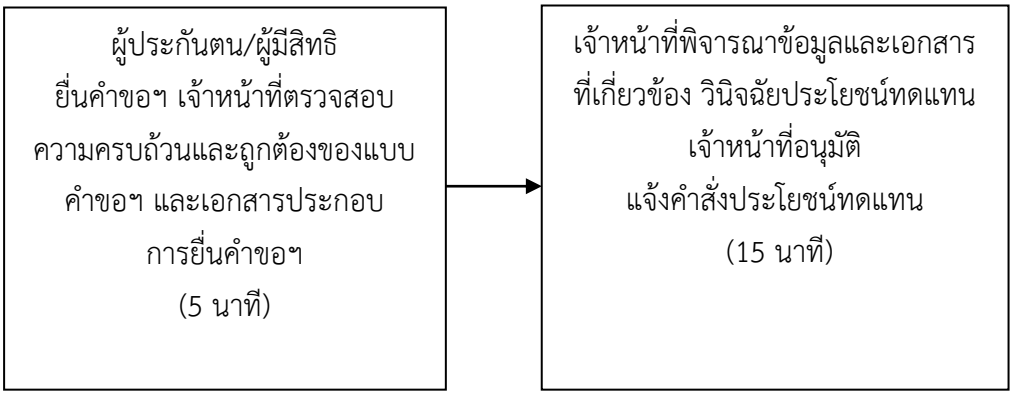
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
   สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300

5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีสงเคราะห์บุตร



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 20 นาที

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินผ่านทางธนาคารเท่านั้นโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิ ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....

☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้

○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

<u>กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย</u> *กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ* ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
<u>หมายเหตุ</u> ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

<u>กรณีคลอดบุตร</u> *กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ* ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

<u>กรณีทุพพลภาพ</u> ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
<u>หมายเหตุ</u> ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

<u>กรณีตาย</u> *กรณีขอรับค่าทำศพ* ● สำเนามรณบัตร ● หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ ● สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ
กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ ● สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
● สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)
● สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
● หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)

<u>กรณีสงเคราะห์บุตร</u> *กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ* ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

<u>กรณีชราภาพ</u> *กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย* ● สำเนามรณบัตร ● สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
● สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)
● สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
● หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ (ถ้ามี)

กรณีบำนาญชราภาพ ● สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ ● แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ

<u>หมายเหตุ</u>
- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

<u>คำแนะนำในการกรอกแบบ</u>

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- เงินบำเหน็จชราภาพ

- กรณีจ่ายเงินสมทบ ไม่ครบ 180 เดือน
- อายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

  *** กรณีเป็นผู้ทุพพลภาพหรือตายก่อนอายุ 55 ปีบริบูรณ์จะได้รับเป็นเงินบำเหน็จชราภาพ

- เงินบำนาญชราภาพ

- จ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน (15 ปี)
- อายุครบ 55 ปีบริบูรณ์และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- เงินบำเหน็จชราภาพ

- จ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน ได้รับเท่ากับจำนวนเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตน
- จ่ายตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป ได้รับเท่ากับจำนวนเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตน + นายจ้าง + ผลประโยชน์ตอบแทน

- เงินบำนาญชราภาพ

- กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน ได้รับเงินบำนาญชราภาพในอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

- กรณีจ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน ให้ปรับเพิ่มอัตราเงินบำนาญชราภาพขึ้นอีกร้อยละ 1.5 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบครบทุก 12 เดือน

*** เงินบำนาญชราภาพที่จะได้รับไม่ต่ำกว่าเดือนละ 720 บาท

- ทายาทผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ กรณีผู้ประกันตนมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพเสียชีวิต ได้แก่
  1) บุตรชอบด้วยกฎหมาย ยกเว้น บุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นให้ได้รับสองส่วน ถ้าผู้ประกันตนที่ตายมีบุตรตั้งแต่สามคนขึ้นไปให้ได้รับสามส่วน
  2) สามีหรือภรรยาให้ได้รับหนึ่งส่วนและ
  3) บิดามารดา หรือบิดา หรือมารดาที่มีชีวิตอยู่ให้ได้รับหนึ่งส่วน
  4) บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ ให้ได้รับหนึ่งส่วน

ในกรณีที่ไม่มีทายาทในลำดับใด หรือทายาทนั้นได้ตายไปเสียก่อน ให้แบ่งเงินบำเหน็จชราภาพในระหว่างทายาท ผู้มีสิทธิในลำดับที่มีทายาทผู้มีสิทธิได้รับ

ในกรณีที่ไม่มีทายาททั้ง 4 ลำดับข้างต้น ให้ทายาทดังต่อไปนี้ มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพตามลำดับ หากบุคคลลำดับใดมีจำนวนมากกว่าหนึ่งคนให้บุคคลลำดับนั้นได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

(1) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
(2) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา
(3) ปู่ ย่า ตา ยาย
(4) ลุง ป้า น้า อา

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. **การรับเงินบำเหน็จชราภาพ**มี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 4 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน

การรับเงินบำนาญชราภาพ สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านทางธนาคารเท่านั้น

โดยธนาคารคิดค่าธรรมเนียมในการโอนเงินจากผู้รับเงินบำนาญชราภาพตามอัตราที่ธนาคารกำหนด (รายการละ 5 บาท) การยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าวผู้ยื่นคำขอฯ ต้องนำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ และหนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้วย

ทั้งนี้ การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตนขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 25 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 35 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01)	จำนวน 1 ฉบับ
2. กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต	
- สำเนามรณบัตร	จำนวน 1 ฉบับ
- บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิ รับเงินบำเหน็จชราภาพ	จำนวน 1 ชุด
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)	จำนวน 1 ชุด
- สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร	จำนวน 1 ชุด
3. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง	จำนวน 1 ชุด
4. หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ (ถ้ามี)	จำนวน 1 ฉบับ
5. การจ่ายเงินกรณีบำเหน็จชราภาพ	
- กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง	
- กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง	
- กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถเลือกรับได้ที่ 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)	จำนวน 1 ฉบับ
6. การจ่ายเงินกรณีบำนาญชราภาพผ่านธนาคารเท่านั้น ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน ตามธนาคารข้อ 5.	
7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน	

ค่าธรรมเนียม

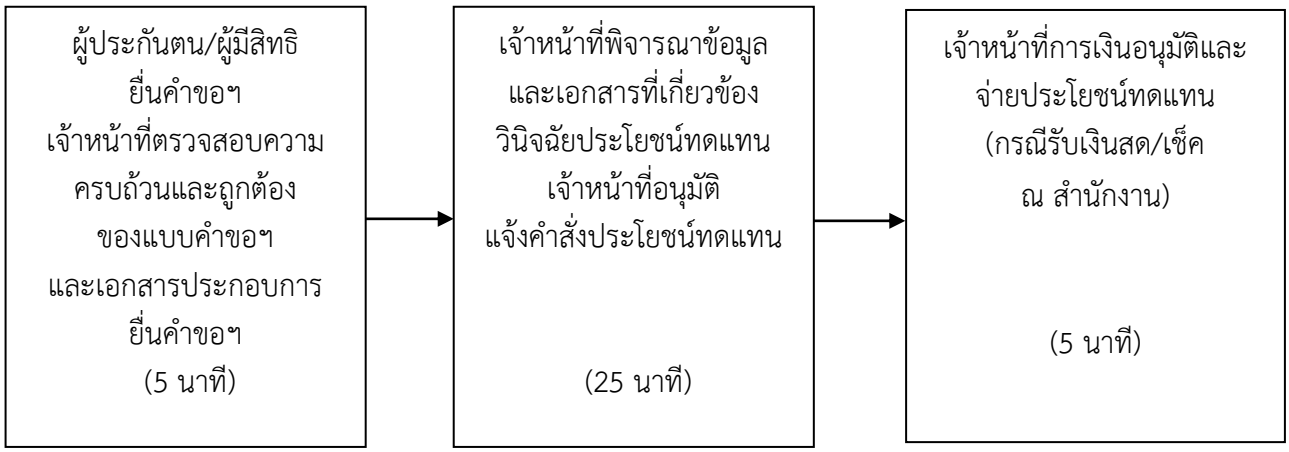
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีชราภาพ



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 35 นาที

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินบำนาญชราภาพผ่านทางธนาคารเท่านั้นโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)**
- **(ตัวอย่าง) หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯด้านหลัง

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

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

☐ *ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย* ○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ.....

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

○ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....

☐ *คลอดบุตร* เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้ .....

☐ *สงเคราะห์บุตร*

☐ *ทุพพลภาพ* ○ เงินทดแทนการขาดรายได้

○ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ○ ค่าพาหนะ

○ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

☐ *ตาย* ○ ค่าทำศพ ○ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ *ชราภาพ*

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย *กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ* ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน
กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร *กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ* ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ ● ใบรับรองแพทย์ ● ใบเสร็จรับเงิน ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/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

1. **กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**
2. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด**
3. **กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา .....**
4. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ**
   - **กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง**
   - **กรณีรับเงินทางธนาณัติ 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)**
5. **ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย " ✓ " หน้าข้อความที่ต้องการ**
6. **ใส่เครื่องหมาย " ✓ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว**
7. **ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ**
8. **เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ**

หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ เป็นผู้ประกันตนตาม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายและยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพตามมาตรา 77 จัตวาตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ฯ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพแก่

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

เลขที่.....หมู่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานและพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

หมายเหตุ

1.) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานด้วย

2.) ให้ผู้ประกันตนหรือผู้ที่ผู้ประกันตนระบุให้เป็นผู้มีสิทธิเป็นผู้จัดเก็บหนังสือฉบับนี้

3.) กรณีผู้ประกันตนมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ทำลายหนังสือฉบับที่ทำไว้ก่อนฉบับนี้ด้วย

4.) กรณีผู้ประกันประสงค์แสดงเจตนาระบุให้ผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพมากกว่า 1 คนขึ้นไป สามารถระบุเพิ่มเติมได้

5.) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตให้ผู้ที่ผู้ประกันตนระบุให้เป็นผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา แห่งใดก็ได้ที่สะดวกทั่วประเทศ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักสิทธิประโยชน์** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนการว่างงานกับนายจ้างรายสุดท้าย
- มีระยะเวลาการว่างงานตั้งแต่ 8 วันขึ้นไป
- ผู้ประกันตนต้องขึ้นทะเบียนผู้ว่างงานผ่านระบบสารสนเทศของกรมการจัดหางาน ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลาออกหรือถูกเลิกจ้าง หรือสิ้นสุดสัญญาจ้าง จึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานนับแต่วันที่ 8 ของการว่างงาน
- ต้องรายงานตัวตามวันที่กำหนดนัดรายงานตัวและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไข เพื่อมิให้เสียสิทธิในการรับเงินทดแทนในระหว่างการว่างงาน
- ต้องมิใช่ถูกเลิกจ้างเนื่องจากทุจริตต่อหน้าที่ หรือกระทำความผิดอาญาโดยเจตนาแก่นายจ้าง หรือจงใจทำให้นายจ้างได้รับความเสียหาย หรือฝ่าฝืนข้อบังคับหรือระเบียนเกี่ยวกับการทำงาน หรือคำสั่งอันชอบด้วยกฎหมาย ในกรณีร้ายแรง หรือละทิ้งหน้าที่เป็นเวลาเจ็ดวันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร หรือประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้นายจ้างได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง หรือได้รับโทษจำคุกตามคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษ สำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- เป็นผู้มีความสามารถในการทำงาน พร้อมที่จะทำงานที่เหมาะสมตามที่จัดหาให้ หรือต้องไม่ปฏิเสธการฝึกงาน และได้ขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักจัดหางานของรัฐ โดยต้องไปรายงานตัวไม่น้อยกว่าเดือนละหนึ่งครั้ง

เงินทดแทนในระหว่างการว่างงาน ดังนี้

- กรณีเลิกจ้าง ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบ ครั้งละไม่เกิน 180 วัน
- กรณีลาออก หรือสิ้นสุดสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างไว้แน่นอนและเลิกจ้างตามกำหนดระยะเวลานั้น ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 30 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบ ครั้งละไม่เกิน 90 วัน
- ในกรณียื่นคำขอรับเงินทดแทนกรณีว่างงาน เพราะถูกเลิกจ้าง หรือถูกเลิกจ้างและลาออก เกินกว่า 1 ครั้ง ภายใน 1 ปีปฏิทิน มีสิทธิได้รับเงินทดแทนทุกครั้งรวมกันไม่เกิน 180 วัน แต่ในกรณียื่นขอรับเงินทดแทน กรณีว่างงาน เพราะเหตุลาออกเกินกว่า 1 ครั้ง ภายใน 1 ปีปฏิทิน มีสิทธิได้รับเงินทดแทนรวมกันไม่เกิน 90 วัน

*** (ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558) กรณีว่างงานเหตุสุดวิสัย ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบฯ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ประกันตนไม่ได้ทำงาน เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย หรือนายจ้างไม่ให้ทำงาน เนื่องจากเหตุสุดวิสัย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ แต่ไม่เกิน 180 วัน

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตนต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน **สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านทางธนาคารเท่านั้น** การยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าว ผู้ยื่นคำขอฯ ต้องนำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ ประกอบการยื่นคำขอฯ ด้วย

ทั้งนี้ การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตนขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ประกันตนยื่นคำขอฯ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนของผู้ว่างงาน และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (ระยะเวลา 10 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติ แจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 20 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

หมายเหตุ : สำนักงานประกันสังคมโอนเงินผ่านธนาคาร

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 30 นาที / เรื่อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส. 2-01/7) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาหนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส. 6 – 09) (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือหรือคำสั่งของนายจ้างที่ให้ออกจากงาน (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
4. กรณีว่างงานจากเหตุสุดวิสัยแนบหนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน เนื่องจากเหตุสุดวิสัย จำนวน 1 ชุด
5. กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย 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) จำนวน 1 ฉบับ
7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบกรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

ค่าธรรมเนียม

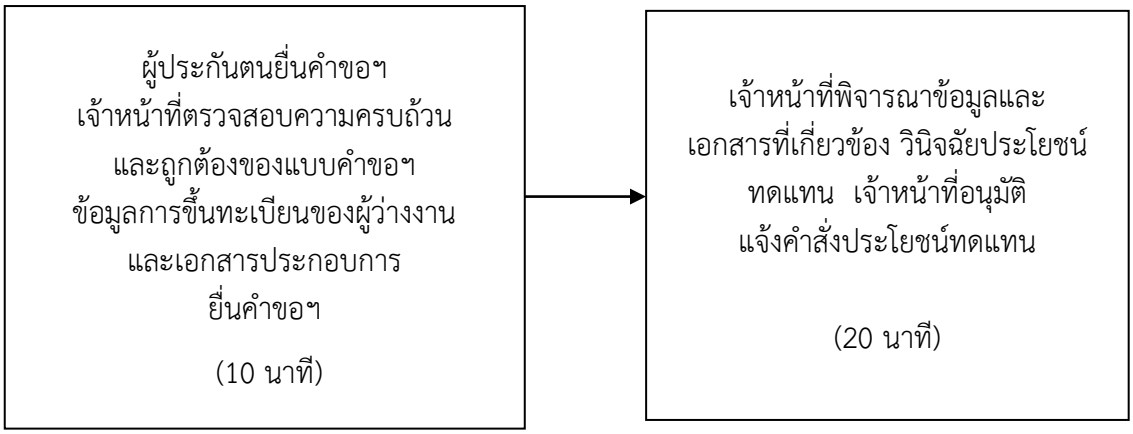
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีว่างงาน



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 30 นาที / เรื่อง

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินผ่านทางธนาคารเท่านั้นโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ : กรณีรับแบบคำขอฯ และเอกสารจากสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่/จังหวัดแล้ว และเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง จึงจะสามารถดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส.2-01/7)**

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีว่างงาน

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
   ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่ ..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
   ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด .....
   รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ ..... อีเมล .....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
   - ○ เนื่องจากออกจากงาน (กรณีนี้ให้กรอกข้อ 3 – 6)
   - ○ เนื่องจากเหตุสุดวิสัย (กรณีนี้ไม่ต้องกรอกข้อ 3 – 6)

   ☐ ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตนกรณีว่างงาน..... อายุ.....ปี)
3. สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนกรณีว่างงานทำงานชื่อ.....สาขา.....
4. วัน เดือน ปีที่ออกจากงาน.....
5. สาเหตุการออกจากงาน
   - ☐ ลาออก
   - ☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก.....
     (กรณีถูกเลิกจ้างเนื่องจากละทิ้งหน้าที่ให้ระบุจำนวนวันที่ละทิ้งหน้าที่จริง)
   - ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ขึ้นทะเบียนหางานกับสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่/จังหวัด.....
   เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝากหักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

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

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

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

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 เกิดอัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย หรือธรณีพิบัติภัย 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) และธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 4 เดือน ก่อนเดือนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือกที่ 1 และ 2

(1) เงินทดแทนการขาดรายได้ วันละ 300 บาท ไม่เกิน 30 วัน ต่อปี กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป

(2) เงินทดแทนการขาดรายได้ วันละ 200 บาท ไม่เกิน 30 วัน ต่อปี กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยในไว้ค้างคืนตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลมีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

(3) เงินทดแทนการขาดรายได้ ครั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อปี กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

*****ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับตาม (1) และ (2) รวมกันไม่เกิน 30 วัน ต่อปี**

ทางเลือกที่ 3

(1) เงินทดแทนการขาดรายได้ วันละ 300 บาท ไม่เกิน 90 วัน ต่อปี กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป

(2) เงินทดแทนการขาดรายได้ วันละ 200 บาท ไม่เกิน 90 วัน ต่อปี กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยในไว้ค้างคืนตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลมีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

*****ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับตาม (1) และ (2) รวมกันไม่เกิน 90 วัน ต่อปี**

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารใบรับรองแพทย์เป็นสำเนา ต้องให้หน่วยงานที่ใช้ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงเป็นผู้รับรองความถูกต้องของสำเนา หรือให้มีการประทับตราโรงพยาบาลพร้อมลงลายมือชื่อเจ้าหน้าที่รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกครั้ง
4. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิทราบ
5. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
6. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้

   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องและบันทึกแบบคำขอ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 15 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. การอนุมัติจ่าย เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาเวชระเบียน จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน จำนวน 1 ชุด
4. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

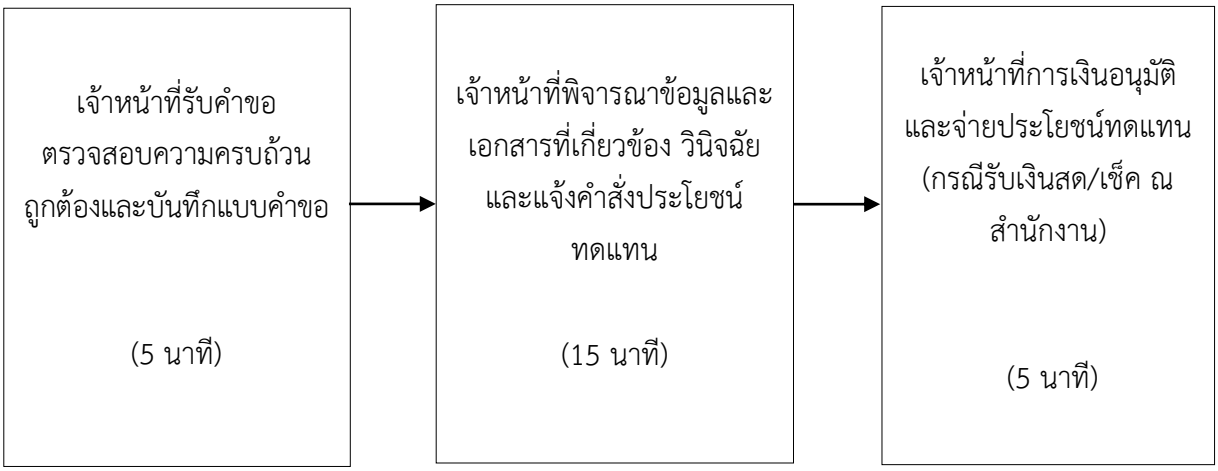
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สวยด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
   สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 25 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40)

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....หมู่ที่ .....
อาคาร/หมู่บ้าน .....ซอย .....ถนน .....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน .....มือถือ.....อีเมล์ .....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร .....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. **ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)**

☐ **ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ .....

☐ **ทุพพลภาพ** ( ) เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน
ด้วยสาเหตุ/โรค .....

☐ **ตาย** วัน เดือน ปี ที่ตาย .....สาเหตุการตาย .....
( ) เงินค่าทำศพ ( ) เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ **ชราภาพ** วัน เดือน ปี เกิด .....
( ) วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ..... ( ) วัน เดือน ปี ที่ตาย .....

☐ **สงเคราะห์บุตร** เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) .....
2) .....

5. **หากข้าพเจ้ามีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเดียวกันกับพระราชกฤษฎีกานี้ ข้าพเจ้าขอรับสิทธิที่มากที่สุด**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

กรณีมีทายาท/ผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ทายาท/ผู้มีสิทธิ (ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลายมือชื่อ
2. ..... ที่อยู่.....		.....
3. ..... ที่อยู่.....		.....
4. ..... ที่อยู่.....		.....
5. ..... ที่อยู่.....		.....
6. ..... ที่อยู่.....		.....
7. ..... ที่อยู่.....		.....
8. ..... ที่อยู่.....		.....
9. ..... ที่อยู่.....		.....
10. ..... ที่อยู่.....		.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
   - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
   - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
7. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีทายาท/ผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องทายาท/ผู้มีสิทธิ)

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

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

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (*กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ*)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนารถบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (*กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

ผู้ประกันตนชาย

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- ☐ แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- ☐ สำเนารถบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (*กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ*)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีทุพพลภาพ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ กองบริหารการเงินและการบัญชี สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1.จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในระยะเวลา 10 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 500 บาท

2. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 20 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 650 บาท

3. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 24 เดือน ภายในระยะเวลา 40 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 800 บาท

4. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 36 เดือน ภายในระยะเวลา 60 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 1,000 บาท

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือก 1 และ 2

- เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เป็นเวลา 15 ปี
- ค่าทำศพ กรณีเสียชีวิตภายใน 15 ปี

ทางเลือก 3

- เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพตลอดชีวิต
- ค่าทำศพ

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และบันทึกแบบคำขอ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 15 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. การอนุมัติจ่าย เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที/ราย

หมายเหตุ : หากยังไม่มีมติคณะกรรมการ/อนุกรรมการฯ ครบถ้วนสมบูรณ์ ให้เป็นผู้ทุพพลภาพ ต้องใช้เวลารอคอยตามขั้นตอนเพื่อนำเรื่องสู่การพิจารณา

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาเวชระเบียน จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน จำนวน 1 ชุด
4. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

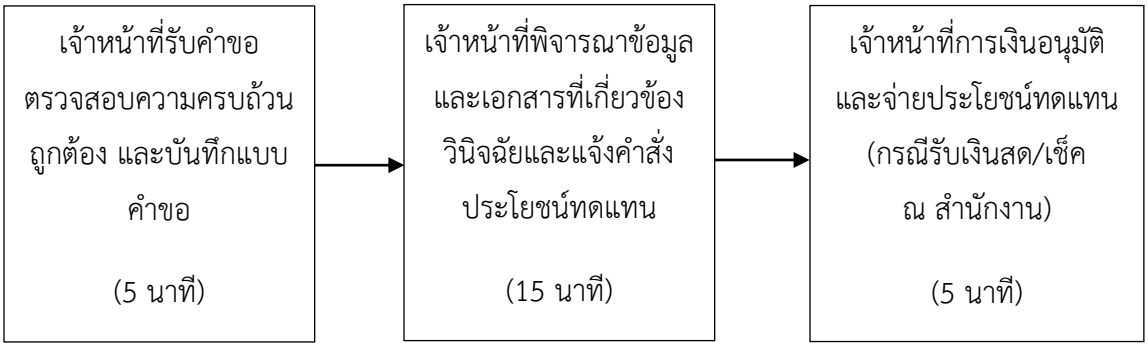
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สวยด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
   สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40
กรณีทุพพลภาพ



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

หมายเหตุ : หากยังไม่มีมติคณะกรรมการ/อนุกรรมการฯ ครบถ้วนสมบูรณ์ ให้เป็นผู้ทุพพลภาพ ต้องใช้เวลารอคอย ตามขั้นตอนเพื่อนำเรื่องสู่การพิจารณา

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40)

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....หมู่ที่ .....
อาคาร/หมู่บ้าน .....ซอย .....ถนน .....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน .....มือถือ.....อีเมล์ .....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร .....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. **ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)**

☐ **ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ .....

☐ **ทุพพลภาพ** ( ) เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน
ด้วยสาเหตุ/โรค .....

☐ **ตาย** วัน เดือน ปี ที่ตาย .....สาเหตุการตาย .....
( ) เงินค่าทำศพ ( ) เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ **ชราภาพ** วัน เดือน ปี เกิด .....
( ) วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ..... ( ) วัน เดือน ปี ที่ตาย .....

☐ **สงเคราะห์บุตร** เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) .....
2) .....

5. **หากข้าพเจ้ามีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเดียวกันกับพระราชกฤษฎีกานี้ ข้าพเจ้าขอรับสิทธิที่มากที่สุด**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

กรณีมีทายาท/ผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ทายาท/ผู้มีสิทธิ (ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลายมือชื่อ
2. ..... ที่อยู่.....		.....
3. ..... ที่อยู่.....		.....
4. ..... ที่อยู่.....		.....
5. ..... ที่อยู่.....		.....
6. ..... ที่อยู่.....		.....
7. ..... ที่อยู่.....		.....
8. ..... ที่อยู่.....		.....
9. ..... ที่อยู่.....		.....
10. ..... ที่อยู่.....		.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
   - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
   - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
7. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีทายาท/ผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องทายาท/ผู้มีสิทธิ)

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

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

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (*กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ*)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนารถบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (*กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

ผู้ประกันตนชาย

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- ☐ แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- ☐ สำเนารถบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (*กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ*)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน ก่อนเดือนที่ถึงแก่ความตาย ยกเว้น ถึงแก่ความตายด้วยอุบัติเหตุ หากจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนเดือนที่ถึงแก่ความตาย

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือกที่ 1 และ 2

- ค่าทำศพ 20,000 บาท
- เงินสงเคราะห์กรณีตาย 3,000 บาท เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 60 เดือนก่อนเดือนที่ถึงแก่ความตาย

ทางเลือกที่ 3

- ค่าทำศพ 40,000 บาท

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และบันทึกแบบคำขอ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 30 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การอนุมัติจ่าย</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 40 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนามรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ
3. หลักฐานจากศาสนสถานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ
4. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ
5. หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ) จำนวน 1 ฉบับ
6. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน จำนวน 1 ชุด
7. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

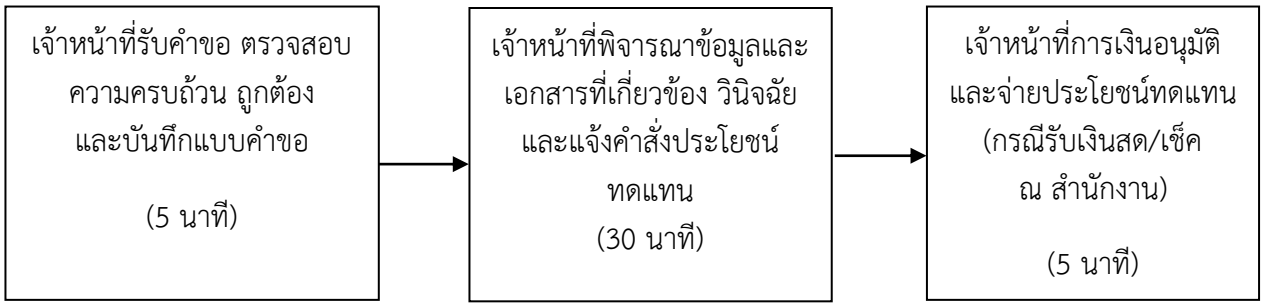
- ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สวยด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลา
การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 40 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40)

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....หมู่ที่ .....
อาคาร/หมู่บ้าน .....ซอย .....ถนน .....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน .....มือถือ.....อีเมล์ .....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร .....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. **ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)**

☐ **ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ .....

☐ **ทุพพลภาพ** ( ) เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน
ด้วยสาเหตุ/โรค .....

☐ **ตาย** วัน เดือน ปี ที่ตาย .....สาเหตุการตาย .....
( ) เงินค่าทำศพ ( ) เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ **ชราภาพ** วัน เดือน ปี เกิด .....
( ) วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ..... ( ) วัน เดือน ปี ที่ตาย .....

☐ **สงเคราะห์บุตร** เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) .....
2) .....

5. **หากข้าพเจ้ามีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเดียวกันกับพระราชกฤษฎีกานี้ ข้าพเจ้าขอรับสิทธิที่มากที่สุด**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

กรณีมีทายาท/ผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ทายาท/ผู้มีสิทธิ (ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลายมือชื่อ
2. ..... ที่อยู่.....		.....
3. ..... ที่อยู่.....		.....
4. ..... ที่อยู่.....		.....
5. ..... ที่อยู่.....		.....
6. ..... ที่อยู่.....		.....
7. ..... ที่อยู่.....		.....
8. ..... ที่อยู่.....		.....
9. ..... ที่อยู่.....		.....
10. ..... ที่อยู่.....		.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
   - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
   - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
7. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีทายาท/ผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องทายาท/ผู้มีสิทธิ)

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

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

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (*กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ*)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนารถบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (*กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

ผู้ประกันตนชาย

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- ☐ แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- ☐ สำเนารถบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (*กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ*)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนต่อไป
- ผู้ประกันตนถึงแก่ความตายก่อนอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์หรือก่อนที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือกที่ 2

- เงินบำเหน็จชราภาพ เดือนละ 50 บาท และเงินที่ผู้ประกันตนนำส่งเพิ่มเติมในกรณีชราภาพ พร้อมด้วยผลประโยชน์ตอบแทนรายปีตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ทางเลือกที่ 3

- เงินบำเหน็จชราภาพ เดือนละ 150 บาท และเงินที่ผู้ประกันตนนำส่งเพิ่มเติมในกรณีชราภาพ พร้อมด้วยผลประโยชน์ตอบแทนรายปีตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
- เงินบำเหน็จชราภาพเพิ่มเติม 10,000 บาท (เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน)

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอและเอกสารประกอบ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 15 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การอนุมัติจ่าย</u> เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

กรณีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน จำนวน 1 ชุด

กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนามรณบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
3. บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ จำนวน 1 ฉบับ

4. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดา มารดา (ถ้ามี) รายการละ 1 ฉบับ
5. สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร จำนวน 1 ฉบับ
6. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน จำนวน 1 ชุด
7. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับและแสดงเอกสาร ที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

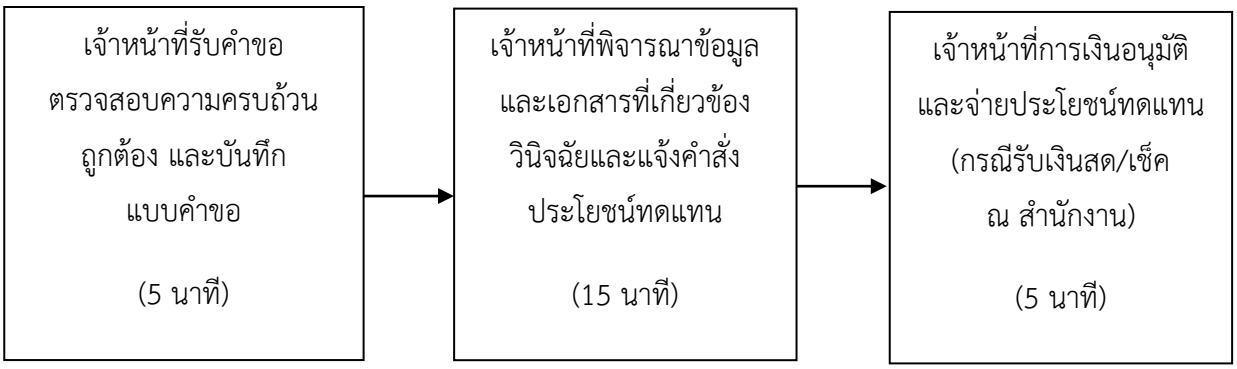
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สวยด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
   สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลา
การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 25 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40)

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....หมู่ที่ .....
อาคาร/หมู่บ้าน .....ซอย .....ถนน .....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน .....มือถือ.....อีเมล์ .....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร .....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. **ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)**

☐ **ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ .....

☐ **ทุพพลภาพ** ( ) เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน
ด้วยสาเหตุ/โรค .....

☐ **ตาย** วัน เดือน ปี ที่ตาย .....สาเหตุการตาย .....
( ) เงินค่าทำศพ ( ) เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ **ชราภาพ** วัน เดือน ปี เกิด .....
( ) วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ..... ( ) วัน เดือน ปี ที่ตาย .....

☐ **สงเคราะห์บุตร** เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) .....
2) .....

5. **หากข้าพเจ้ามีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเดียวกันกับพระราชกฤษฎีกานี้ ข้าพเจ้าขอรับสิทธิที่มากที่สุด**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

กรณีมีทายาท/ผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ทายาท/ผู้มีสิทธิ (ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลายมือชื่อ
2. ..... ที่อยู่.....		.....
3. ..... ที่อยู่.....		.....
4. ..... ที่อยู่.....		.....
5. ..... ที่อยู่.....		.....
6. ..... ที่อยู่.....		.....
7. ..... ที่อยู่.....		.....
8. ..... ที่อยู่.....		.....
9. ..... ที่อยู่.....		.....
10. ..... ที่อยู่.....		.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
   - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
   - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
7. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีทายาท/ผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องทายาท/ผู้มีสิทธิ)

<u>คำเตือน</u> : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานฯ ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

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

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา <u>ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ</u> และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน <u>หรือ</u> เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

<u>เงินค่าทำศพ</u>

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (*กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ*)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนามรณบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

<u>เงินสงเคราะห์กรณีตาย</u> ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (*กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

<u>ผู้ประกันตนหญิง</u>

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

<u>ผู้ประกันตนชาย</u>

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

<u>กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน</u>

- ☐ แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)

<u>กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย</u>

- ☐ สำเนามรณบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (*กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ*)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีสงเคราะห์บุตร**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ** **กองบริหารการเงินและการบัญชี** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 24 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน และมีสถานะเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40
- บุตรชอบด้วยกฎหมาย อายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ (ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่น)

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- เงินสงเคราะห์บุตร 200 บาท ต่อเดือน สำหรับบุตรอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน 2 คน

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง และบันทึกแบบคำขอ (ระยะเวลา 5 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (ระยะเวลา 30 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

3. <u>การอนุมัติ</u>

เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 40 นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) จำนวน 1 ฉบับ
2. กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ
   - สำเนาสูติบัตรของบุตร (พร้อมฉบับจริงแสดงต่อเจ้าหน้าที่) จำนวน 1 ฉบับ
   - บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. กรณีผู้ประกันตนชาย
   - สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาคำสั่งศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย จำนวน 1 ฉบับ
   - สำเนาสูติบัตรของบุตร (พร้อมฉบับจริงแสดงต่อเจ้าหน้าที่) จำนวน 1 ฉบับ
4. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน จำนวน 1 ชุด
5. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลา
การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีสงเคราะห์บุตร)

เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และบันทึกแบบคำขอ (5 นาที)	เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วินิจฉัยและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (30 นาที)	เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (5 นาที)

สรุป รวมระยะเวลา 40 นาที

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40)

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....หมู่ที่ .....
อาคาร/หมู่บ้าน .....ซอย .....ถนน .....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน .....มือถือ.....อีเมล์ .....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร .....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. **ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)**

☐ **ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา .....วัน
( ) เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ .....

☐ **ทุพพลภาพ** ( ) เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน
ด้วยสาเหตุ/โรค .....

☐ **ตาย** วัน เดือน ปี ที่ตาย .....สาเหตุการตาย .....
( ) เงินค่าทำศพ ( ) เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ **ชราภาพ** วัน เดือน ปี เกิด .....
( ) วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ..... ( ) วัน เดือน ปี ที่ตาย .....

☐ **สงเคราะห์บุตร** เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) .....
2) .....

5. **หากข้าพเจ้ามีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเดียวกันกับพระราชกฤษฎีกานี้ ข้าพเจ้าขอรับสิทธิที่มากที่สุด**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

กรณีมีทายาท/ผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ทายาท/ผู้มีสิทธิ (ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลายมือชื่อ
2. ..... ที่อยู่.....		
3. ..... ที่อยู่.....		
4. ..... ที่อยู่.....		
5. ..... ที่อยู่.....		
6. ..... ที่อยู่.....		
7. ..... ที่อยู่.....		
8. ..... ที่อยู่.....		
9. ..... ที่อยู่.....		
10. ..... ที่อยู่.....		

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
   - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
   - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
7. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีทายาท/ผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องทายาท/ผู้มีสิทธิ)

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

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

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (*กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ*)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนามรณบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (*กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

ผู้ประกันตนชาย

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (*กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย*)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- ☐ แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- ☐ สำเนามรณบัตร (*พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่*)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (*กรณีจดทะเบียนสมรส*)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (*กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน*)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (*กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ*)

หมวดการขอรับเงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่ / โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30 - 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ

3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (นายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้นายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย (ระยะเวลา 20 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด /เช็ค ณ สำนักงานฯ) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาแบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท.44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน) จำนวน 1 ฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด
4. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด
5. ใบเสร็จรับเงิน จำนวน 1 ชุด
6. คำขอรับเงินทดแทนที่ได้ทดรองจ่ายคืน จำนวน 1 ฉบับ
7. กรณีนายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของนายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) /ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) /ธนาคารออมสิน /ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด
8. กรณีลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
9. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 3 - 5 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

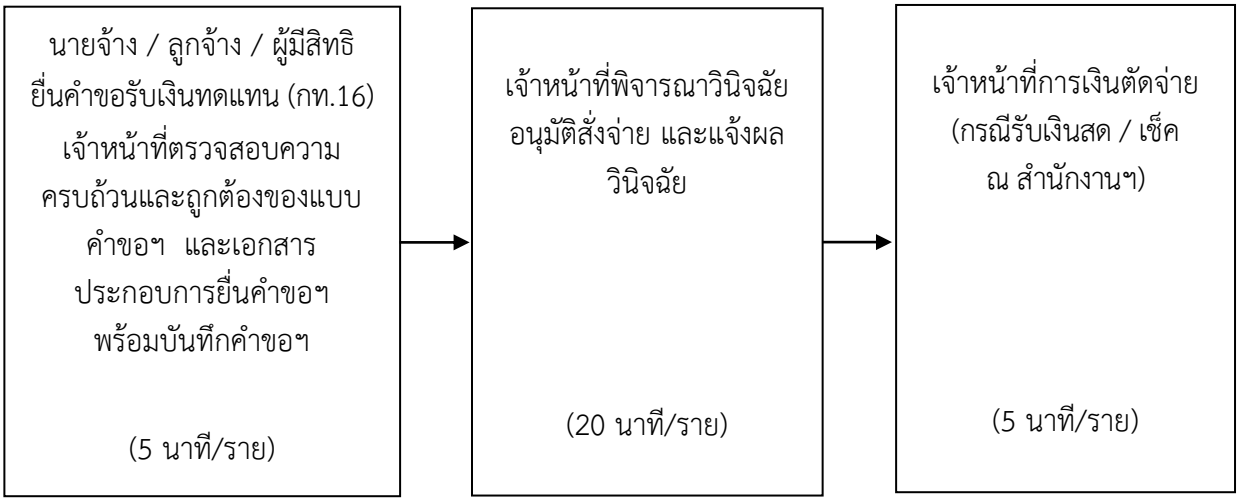
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670 - 80 ต่อ 1900 1904 - 7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท.44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี □□ □□□□□ □□□□□

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □ เลขที่บัตรประกันสังคม □ □□□□ □□□□□ □□□

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ตำแหน่ง .....
ประทับตราของบริษัทหรือห้างร้าน (ถ้ามี)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
สถานที่ตรวจรักษา.....
.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....
ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่
.....โทรศัพท์.....
ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....
ณ สถานที่.....
.....
สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....
.....
.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
http://www.sso.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง
5. ลูกจ้างต้องเข้ารับการฟื้นฟู ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ของสำนักงานประกันสังคม
6. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน
7. ลูกจ้างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงาน ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานแล้ว

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง/ลูกจ้าง ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง/ลูกจ้างทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ลูกจ้าง ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ลูกจ้าง ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของลูกจ้าง เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีลูกจ้าง ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่ง

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และ ผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกันพร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้าง / ลูกจ้าง ยื่นคำขอรับค่าฟื้นฟูฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบ พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย (ระยะเวลา 20 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 30 นาที /ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด
3. มติคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จำนวน 1 ชุด
4. ใบเสร็จรับเงิน จำนวน 1 ชุด
5. กรณีลูกจ้างมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของลูกจ้าง โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) /ธนาคารออมสิน / ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด

6. กรณีลูกจ้างเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
7. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 3, 4, 6 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

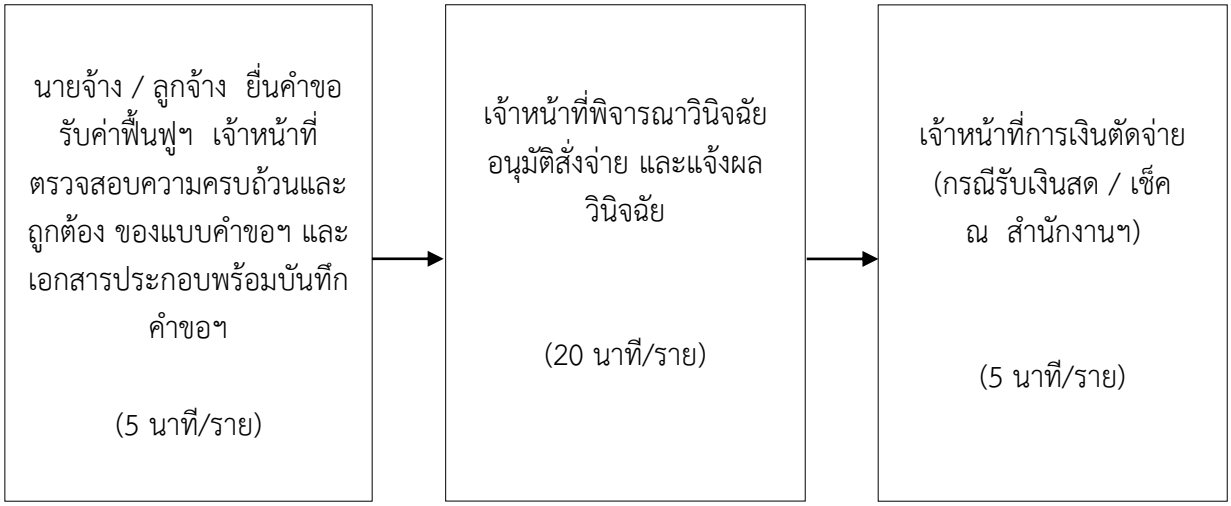
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท 99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120 สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670 - 80 ต่อ 1900 1904 - 7 โทรสาร 0 2502 6132 www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777 Line ID : fad.pacc Email : fac.pacc@gmail.com Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 30 นาที /ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี □□ □□□□□ □□□□□

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □ เลขที่บัตรประกันสังคม □ □□□□ □□□□□ □□□

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ประทับตราของบริษัท
ตำแหน่ง ..... หรือห้างร้าน (ถ้ามี)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....
ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่
.....โทรศัพท์.....
ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....
ณ สถานที่.....
.....
สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....
.....
.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างจนทำให้ถึงแก่ความตายหรือสูญหาย
5. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ

3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้จัดการศพ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้จัดการศพ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของผู้จัดการศพเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้จัดการศพ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯจะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้าง / ผู้มีสิทธิยื่นหนังสือรับรองจัดการศพ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของเอกสาร พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
(ระยะเวลา 15 นาที/ราย)

3. <u>การลงนาม</u>
เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
(กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
(ระยะเวลา 5 นาที/ราย)

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 25 นาที / ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด
3. หลักฐานแสดงการเสียชีวิต ใบชันสูตรศพ ใบมรณบัตรของลูกจ้าง บันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
4. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด
5. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ
6. ใบรับรองการจัดการศพหรือใบเสร็จรับเงินค่าจัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ
7. กรณีผู้จัดการศพมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดงหรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้จัดการศพ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) /ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) /ธนาคารออมสิน /ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด
8. กรณีผู้จัดการศพเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
9. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 2, 4 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

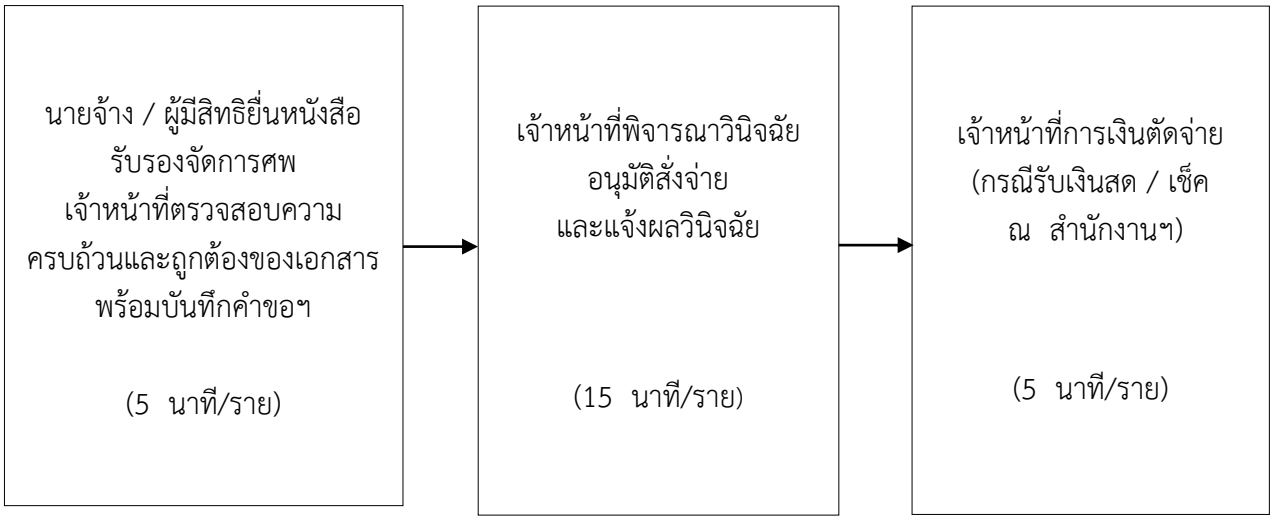
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670 - 80 ต่อ 1900 1904 - 7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 25 นาที /ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี □□ □□□□□ □□□□□

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □ เลขที่บัตรประกันสังคม □ □□□□ □□□□□ □□□

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ประทับตราของบริษัท
ตำแหน่ง ..... หรือห้างร้าน (ถ้ามี)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
สถานที่ตรวจรักษา.....
.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่

.....โทรศัพท์.....

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....

ณ สถานที่.....

.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....

.....

.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง
5. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าลูกจ้างหยุดพักรักษาตัว
6. ลูกจ้างหยุดพักรักษาตัวตั้งแต่ 1 วัน รวมไม่เกิน 1 ปี

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท. 16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของนายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีนายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2.	<u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (ระยะเวลา 30 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3.	<u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 40 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาลที่ระบุวันหยุดพักรักษาตัว จำนวน 1 ชุด
3. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด
4. แบบรายงานการกลับเข้าทำงาน หรือหลักฐานแสดงการหยุดงาน จำนวน 1 ชุด
5. คำขอรับเงินทดแทนที่ได้ทดรองจ่ายคืนพร้อมหลักฐานที่นายจ้างได้มีการทดรองจ่ายให้ลูกจ้างไปแล้ว (กรณีนายจ้างมีการทดรองจ่ายเงินให้ลูกจ้างไปแล้ว) จำนวน 1 ชุด
6. กรณีนายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดงหรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของนายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) /ธนาคารออมสิน /ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด
7. กรณีลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
8. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 2 - 5 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

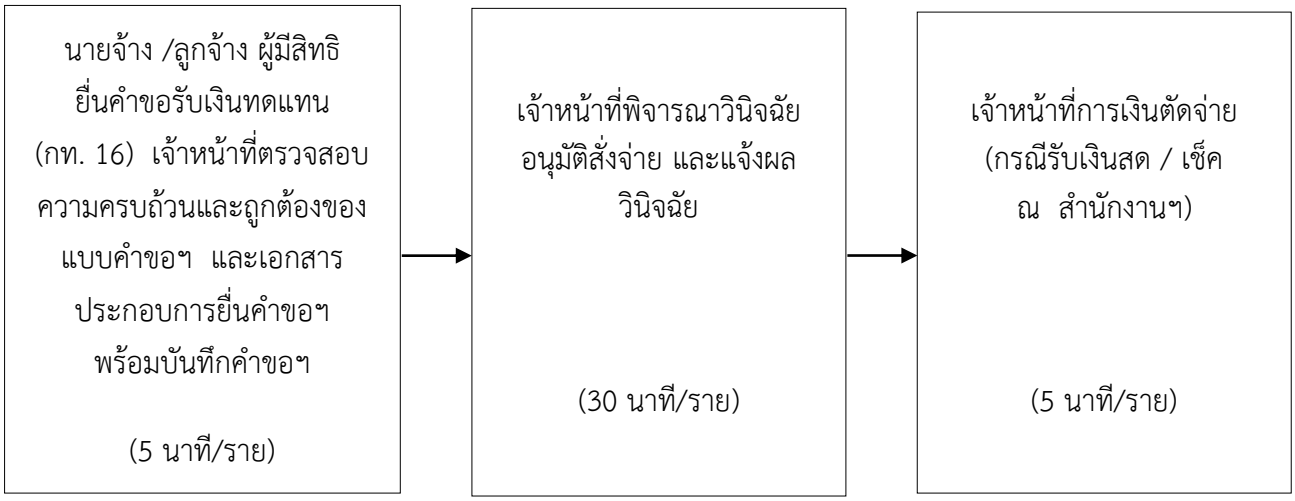
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670 - 80 ต่อ 1900 1904 - 7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน
(ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 40 นาที /ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เลขที่บัตรประกันสังคม ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ประทับตราของบริษัท หรือห้างร้าน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.
   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน
3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....
ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่
.....โทรศัพท์.....
ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....
ณ สถานที่.....
.....
สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....
.....
.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง และมีการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย
5. ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม (โดยลูกจ้างจะประเมินการสูญเสียได้ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ทางการแพทย์อย่างเต็มที่แล้ว หรือสิ้นสุดการรักษาซึ่งไม่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ และพยาธิสภาพของอวัยวะนั้น คงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอีก หรือเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับแต่วันที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย) หรือกรณีสูญเสียอวัยวะตามมาตรา 18 (2) ถ้ามีการสูญเสียอวัยวะที่ชัดเจนไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว เช่น นิ้วมือ ขาดออกจากกันอย่างชัดเจน และไม่สามารถต่อให้ติดกันได้อีก โดยสามารถจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์และวิธีการคำนวณค่าจ้างรายเดือน ฉบับลงวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

6. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน พร้อมทั้งได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม หรือมีการสูญเสียอวัยวะที่ชัดเจนตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์ฯ เรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง / ลูกจ้าง ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ลูกจ้างทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด / เช็ค (ลูกจ้าง ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ลูกจ้าง ภายใน 3 วันทำการถัดจากอนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของลูกจ้างเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีลูกจ้าง ภายใน 5 วันทำการนับแต่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข / เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ลูกจ้างยื่นขอรับค่าสูญเสียฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบรายงานการประเมินการสูญเสียฯ กับสภาพการสูญเสีย พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย (ระยะเวลา 20 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16)	จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล	จำนวน 1 ชุด
3. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น	จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาเวชระเบียน	จำนวน 1 ชุด
5. ภาพถ่ายหรือภาพวาดอวัยวะที่สูญเสียสมรรถภาพ	จำนวน 1 ชุด
6. แบบรายงานการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของทั้งร่างกาย	จำนวน 1 ชุด
7. คำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือเป็นระยะเวลาอย่างอื่น (กรณีขอรับค่าทดแทนล่วงหน้า)	จำนวน 1 ชุด

8. กรณีลูกจ้างมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และ เลขที่บัญชีของลูกจ้าง โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด
9. กรณีลูกจ้างเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
10. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 3 - 5, 8 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 /สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670 - 80 ต่อ 1900 1904 - 7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน
(ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี □□ □□□□□ □□□□□

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □ เลขที่บัตรประกันสังคม □ □□□□ □□□□□ □□

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ประทับตราของบริษัท
ตำแหน่ง ..... หรือห้างร้าน (ถ้ามี)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....
ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่
.....โทรศัพท์.....
ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....
ณ สถานที่.....
.....
สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....
.....
.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง และเป็นทุพพลภาพ
5. ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม (โดยลูกจ้างจะประเมินการสูญเสียได้ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ทางการแพทย์ อย่างเต็มที่แล้ว หรือสิ้นสุดการรักษาซึ่งไม่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ และพยาธิสภาพของอวัยวะนั้นคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอีก หรือเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับแต่วันที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย) หรือกรณีลูกจ้างทุพพลภาพตามมาตรา 18 (3) ถ้ามีการสูญเสียอวัยวะที่ชัดเจนไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว เช่น ขาทั้งสองข้างขาด มือทั้งสองข้างขาด เป็นต้น โดยสามารถจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์ และวิธีการคำนวณค่าจ้างรายเดือน ฉบับลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

6. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน พร้อมทั้งได้รับการประเมินการเป็นผู้ทุพพลภาพจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม หรือเป็นผู้ทุพพลภาพตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์ฯ เรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง / ลูกจ้างทราบ
4. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการวินิจฉัย เจ้าหน้าที่จะออกหนังสือรับเรื่องให้แก่ผู้ยื่นคำขอฯ เก็บไว้เป็นหลักฐานและแจ้งให้ทราบว่าขาดเอกสารใด นายจ้าง/ลูกจ้าง ต้องนำเอกสารหลักฐานมาให้เจ้าหน้าที่ภายในระยะเวลาที่กำหนด เจ้าหน้าที่จึงจะสามารถพิจารณาเรื่องให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดได้
5. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
6. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
    1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ลูกจ้าง ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
    2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ลูกจ้าง ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
    3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของลูกจ้างเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีลูกจ้าง ภายใน 5 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯจะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่น ส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ลูกจ้างยื่นขอรับค่าทุพพลภาพ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบรายงานการประเมินทุพพลภาพกับสภาพร่างกาย พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย (ระยะเวลา 20 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด
3. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาเวชระเบียน จำนวน 1 ชุด
5. ภาพถ่ายหรือภาพวาดอวัยวะที่สูญเสียสมรรถภาพ จำนวน 1 ชุด
6. แบบรายงานการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของทั้งร่างกาย จำนวน 1 ชุด
7. คำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือเป็นระยะเวลาอย่างอื่น (กรณีขอรับค่าทดแทนล่วงหน้า) จำนวน 1 ชุด
8. กรณีลูกจ้างมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดงหรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของลูกจ้าง โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด
9. กรณีลูกจ้างเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
10. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 3 - 5, 7 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

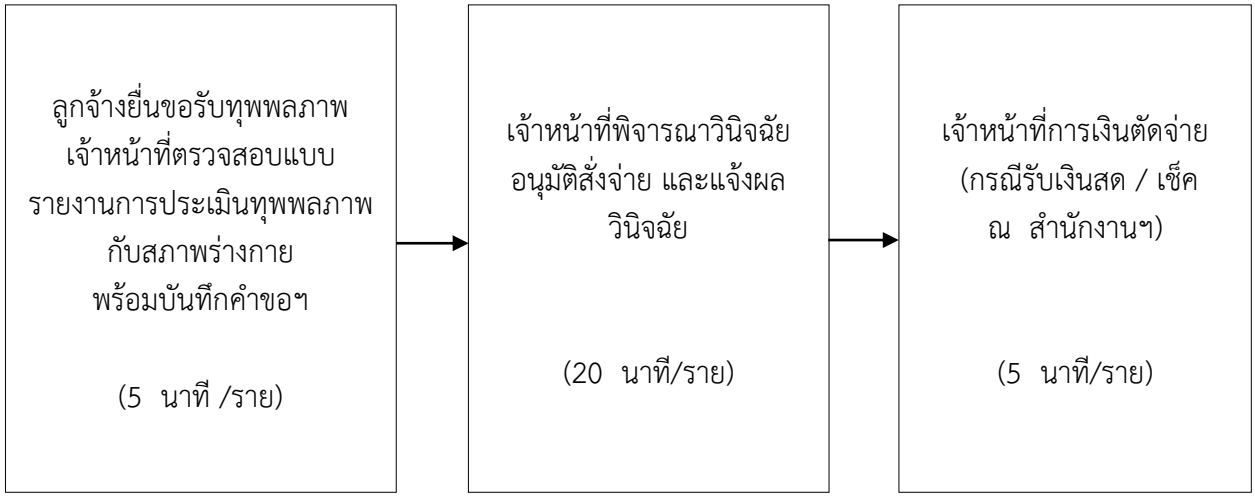
การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th

3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ. พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670 - 80 ต่อ 1900 1904 - 7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 30 นาที /ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เลขที่บัตรประกันสังคม ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ประทับตราของบริษัทหรือห้างร้าน (ถ้ามี)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....
ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่
.....โทรศัพท์.....
ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....
ณ สถานที่.....
.....
สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....
.....
.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักงานกองทุนเงินทดแทน** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างจนทำให้ถึงแก่ความตายหรือสูญหาย
5. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท. 16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ

3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
   1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
   2) กรณีรับเงินทางธนาณัติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาณัติให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
   3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่ต่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน และไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้มีสิทธิ ยื่นเอกสารการเป็นผู้มีสิทธิ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของเอกสาร พร้อมบันทึกคำขอฯ (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย (ระยะเวลา 50 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3. <u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (ระยะเวลา 5 นาที/ราย)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 60 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) จำนวน 1 ชุด
2. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด
3. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์เหตุ เกิดนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด
4. ใบมรณบัตร จำนวน 1 ชุด
5. สูติบัตรของบุตร ทะเบียนสมรสของลูกจ้างกับสามีหรือภรรยา ทะเบียนสมรสของบิดา – มารดา สำเนาทะเบียนบ้านของลูกจ้าง บิดา–มารดา ภรรยาหรือสามี บุตร /ทะเบียนหย่าของลูกจ้าง หรือ บิดามารดาหรือคู่สมรส (ถ้ามี) /หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ของลูกจ้าง บิดามารดา คู่สมรส บุตร (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
6. กรณีผู้มีสิทธิเสียชีวิต เช่น สามีหรือภรรยา บิดามารดา หรือบุตร ต้องมีหลักฐานสำเนา ใบมรณบัตร ของทุกคน จำนวน 1 ฉบับ
7. แบบคำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือระยะเวลาอย่างอื่น (กรณีขอรับเงินค่าทดแทนล่วงหน้า) จำนวน 1 ชุด
8. รูปถ่ายผู้มีสิทธิ จำนวน 2 รูป/คน
9. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดงหรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชี ทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชี ของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) /ธนาคารออมสิน /ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) จำนวน 1 ชุด

10. กรณีผู้มีสิทธิเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
11. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 2 - 6 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

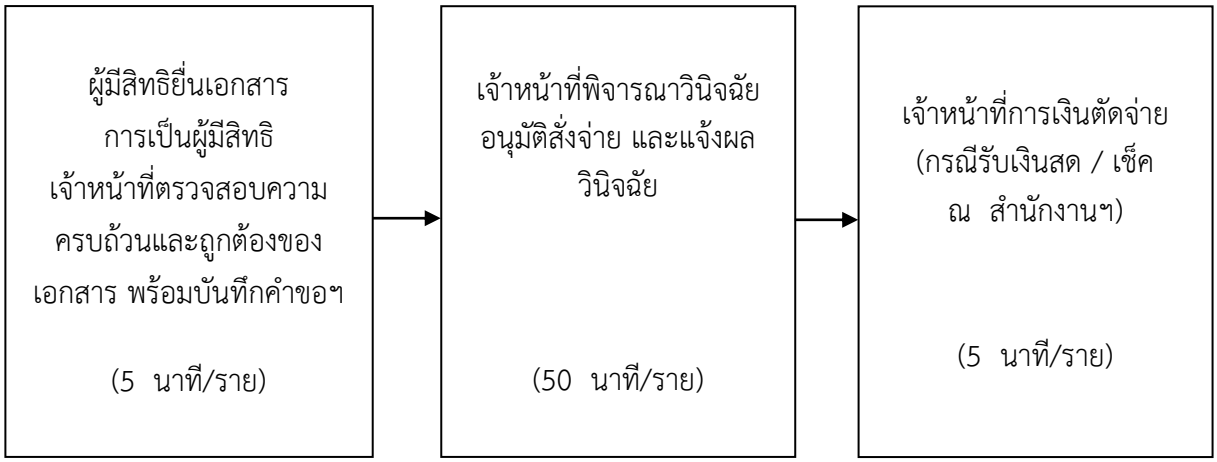
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.Th
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com Facebook fanpage - The Ante-corruption Operation Center

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 60 นาที/ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)**
- **ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล**
- **แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)**

สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เลขที่บัตรประกันสังคม ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....

.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

.....

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....

.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ประทับตราของบริษัท
ตำแหน่ง ..... หรือห้างร้าน (ถ้ามี)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
   H.N. .....A.N. .....
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
   (Pertinent Physical Exam).....
   .....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
   (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD_{10}) 1. .....
   2. .....
   3. .....
   (Diagnosis).....
   โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
   (Treatment)
   ถ้ามีการผ่าตัด 1. .....
   วันที่.....
   2. .....
   วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. .....ร้อยละ.....
    2. .....ร้อยละ.....
    3. .....ร้อยละ.....
    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
    (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ตั้งอยู่เลขที่

.....โทรศัพท์.....

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....

ณ สถานที่.....

.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....

.....

.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

"ประสบอันตราย" หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

"เจ็บป่วย" หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

"ค่ารักษาพยาบาล" หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<u>หมายเหตุ</u>

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
   ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
   ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ .....โทร.....

หมวดการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยน

สถานพยาบาล

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่1-12** **สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา** **สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์** **สำนักงานประกันสังคม**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ http://www.sso.go.th	วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วย การกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2560

1. หลักเกณฑ์การกำหนดสิทธิ

จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์

2. หลักเกณฑ์การเลือกสถานพยาบาล

ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิต้องเลือกสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตจังหวัดที่ประจำทำงานอยู่หรือพักอาศัยอยู่จริง หรือเขตจังหวัดรอยต่อ โดยการเลือกสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

2.1 ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่เข้าทำงานกับนายจ้าง ให้กรอกแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด พร้อมเลือกสถานพยาบาลและยื่นต่อนายจ้าง เพื่อให้นายจ้างแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงาน หรือกรอกและยื่นแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

2.2 ผู้มีสิทธิตามมาตรา 38 ที่จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ให้กรอกแบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด พร้อมเลือกสถานพยาบาลและยื่นต่อสำนักงาน

2.3 ผู้มีสิทธิตามมาตรา 38 และมาตรา 41 ให้กรอกแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) และยื่นต่อสำนักงาน หรือกรอกและยื่นแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิยังไม่มีหรือยังไม่ได้รับสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้ดำเนินการยื่นขอสิทธิรับบริการทางการแพทย์ โดยกรอกแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) และยื่นต่อสำนักงาน

3. หลักเกณฑ์การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 ผู้ประกันตนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึงวันที่ 31 มีนาคมของทุกปี

3.2 เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงานหรือพิสูจน์ทราบว่ามีการเลือกสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ โดยผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธินั้นไม่ประสงค์จะไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลดังกล่าว ทั้งนี้ กรณีย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวันนับแต่วันที่ย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน

** ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยในและจำเป็นต้องไปรับการรักษาต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลใดๆ ก็ตาม สำนักงานจะไม่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ หรือทำการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิจนกว่าจะสิ้นสุดการรักษาพยาบาลในครั้งนั้นก่อน และสำนักงานต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ฉบับที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้น

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯและผู้ยื่น คำขอฯจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. <u>การตรวจสอบเอกสาร</u> เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารผู้ประกันตนยื่นแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ - กรณีผู้ประกันตนเคยขึ้นทะเบียน/ผู้ประกันตนสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตามมาตรา 33 /มาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41 แบบฟอร์ม สปส.9-02 - กรณีผู้ประกันตนไม่เคยขึ้นทะเบียนใช้แบบฟอร์ม สปส.1-03 (ระยะเวลา 1 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
2. <u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของฐานข้อมูลผู้ประกันตน และบันทึกข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลในระบบคอมพิวเตอร์ (ระยะเวลา 1 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
3.<u>การลงนาม</u> เจ้าหน้าที่อนุมัติในระบบคอมพิวเตอร์ ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนยังไม่เคยขึ้นทะเบียนประกันสังคม เนื่องจากระบบคอมพิวเตอร์ จะประมวลผลเมื่อมีเงินสมทบครบ 3 เดือนภายใน 15 เดือน (ระยะเวลา 1 นาที)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

ระยะเวลา

รวมระยะเวลา 3 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) พร้อมหนังสือนำส่ง (สปส.1-02) จำนวน 2 ฉบับ
2. แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) จำนวน 1 ฉบับ
3. แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20) กรณีสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ให้เลือกสถานพยาบาลในแบบคำขอ สปส.1-20 จำนวน 1 ฉบับ
4. แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) กรณีสิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน/กรณีลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

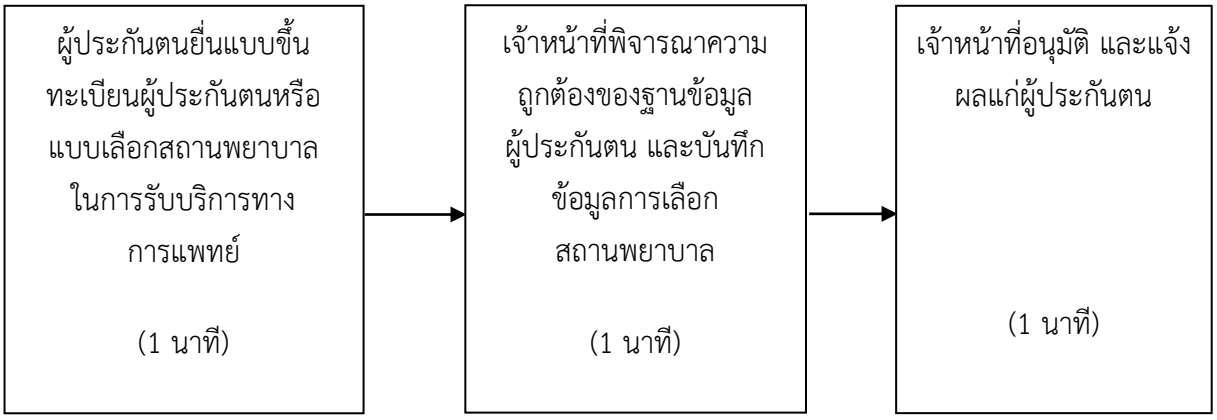
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
   เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
   ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)
5. ศูนย์รับเรื่องการร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ : สำนักงาน ป.ป.ท.
   99 หมู่ 4 อาคารซอฟแวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ จังหวัดนนทบุรี 11120
   สายด่วน 1206 โทร. 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 1904-7 โทรสาร 0 2502 6132
   www.pacc.go.th/www.facebook/PACC.GO.TH
6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ
   (The Complaint Center for Foreign Investor) Tel : 092 668 0777
   Line ID : fad.pacc
   Email : fac.pacc@gmail.com
   Facebook fanpage – The Ante-corruption Operation Center

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาล
ในการรับบริการทางการแพทย์



<u>สรุป</u> รวมระยะเวลา 3 นาที

หมายเหตุ : 1. กรณีเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตามมาตรา 33 /มาตรา 39 หรือบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41 ใช้แบบฟอร์ม สปส.9-02

2. กรณียังไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนใช้แบบฟอร์ม สปส.1-03 และจะประมวลผลกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อมีเงินสมทบครบ 3 เดือน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- **หนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-02)**
- **แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03)**
- **แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20)**
- **แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02)**

สำนักงานประกันสังคม

หนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03)

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐

ชื่อสาขา ..... ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

ตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....

นำส่ง สปส.1-03 จำนวน.....แผ่น

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

<u>คำแนะนำในการกรอกแบบ</u>

นายจ้างมีหน้าที่รวบรวมแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) โดยใช้แบบ สปส.1-02 เป็นหนังสือนำส่งในการยื่นต่อสำนักงานประกันสังคมโดยให้ดำเนินการดังนี้

1. แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สปส.1-03 ให้ใช้กับลูกจ้างทั้งที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและลูกจ้างที่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้ว โดยไม่ต้องยื่นแบบขอรับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (สปส.9-02) อีก
2. ให้นายจ้างกรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ชื่อสาขาและลำดับที่สาขา กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการ ซึ่งไม่มีสาขา กรุณาใส่ 000000 ลงในช่องลำดับที่สาขา และกรอกชื่อสถานที่ตั้งของสถานประกอบการหรือสาขาลงในหนังสือนำส่ง (สปส.1-02) พร้อมระบุจำนวน สปส.1-03 ที่นำส่ง กรณีเป็นสถานประกอบการสาขาให้แยก สปส.1-03 ตามลำดับที่สาขาพร้อมทั้งทำหนังสือนำส่ง (สปส.1-02) เช่นเดียวกัน
3. ผู้ลงชื่อในหนังสือนำส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน เป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
4. โปรดตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบ สปส.1-03 พร้อมเอกสารที่แนบ
5. ให้นายจ้างแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน หากฝ่าฝืนอาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำนักงานประกันสังคม

แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สปส.1-03

① ข้อมูลนายจ้าง

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ลำดับที่สาขา

วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน..... ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

② ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 ☐ ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

☐ เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง 1. ..... 2. .....

2.2 ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

2.3 เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว)

2.4 สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน ..... คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐ ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

2.5 สภาพร่างกาย ☐ 1.ปกติ ☐ 2.พิการ **แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

ระบุประเภทความพิการ ☐ 2.1 ทางการมองเห็น ☐ 2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 2.3 ทางการเคลื่อนไหว ☐ 2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม

☐ 2.5 ทางสติปัญญา ☐ 2.6 ทางการเรียนรู้ ☐ 2.7 ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าว **ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร** ดังนี้

☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่..... **หรือ**

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....เลขที่..... และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ .....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

③ ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ.....

☐ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ลำดับที่ 1. .....

ลำดับที่ 2. .....

ลำดับที่ 3. .....

☐ ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1. .....

ลำดับที่ 2. .....

ลำดับที่ 3. .....

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัตรประกันสังคม

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

☐ ไม่สมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล..... ลงชื่อ.....ผู้รับแบบ/เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ในการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.6-07) ทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้

(คำเตือนและคำอธิบายดูด้านหลัง)

คำเตือน 1. นายจ้างผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตน กรณีนิติบุคคลต้องเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ

2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง เช่น ลูกจ้างลาออกหรือถูกเลิกจ้าง ให้แจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบ สปส.6-09 หากฝ่าฝืน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. การยื่นแบบเป็นเท็จ เช่น นำบุคคลที่ไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำการกรอกแบบ

1. ให้เลือก ☑ ในหัวข้อที่ต้องการ
2. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ให้นายจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ① และลูกจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ②
   (ข้อ 2.1 – 2.6 สำหรับผู้ประกันตนคนไทยและคนต่างด้าว และ ข้อ 2.5 สำหรับคนพิการ)
3. ข้อมูลการเลือก/ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ให้ลูกจ้างกรอกข้อมูล ③
   สำนักงานประกันสังคมจะเลือกสถานพยาบาลตามลำดับ 1 – 3 หากสถานพยาบาลใดเต็มศักยภาพจะเลือกสถานพยาบาลถัดไปให้ผู้ประกันตน
4. เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้นายจ้างและลูกจ้างลงลายมือชื่อ

1. ข้อมูลนายจ้าง

1.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงช่องลำดับที่สาขา

1.2 ทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ให้กรอกเลขที่บัตรประชาชนของเจ้าของกิจการกรณีเป็นกิจการเจ้าของคนเดียว และเลขทะเบียนนิติบุคคล กรณีสถานประกอบการจดทะเบียนนิติบุคคล

1.3 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน และกรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่น ๆ

2. ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 กรณีไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อน ให้ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือกรณีทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง และระบุชื่อสถานประกอบการทุกแห่ง

2.2. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☑ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☑ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน ให้กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ วัน เดือน ปีเกิด ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน

2.3 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม

2.4 สถานภาพครอบครัว ให้ทำเครื่องหมายช่อง ☑ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ (แล้วแต่สถานภาพของแต่ละบุคคล)

หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่สมรสใหม่

หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ คือ มิได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่

2.4.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี กรุณากรอก พ.ศ. ปีเกิด

2.4.2 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☑ 2. สมรส ☑ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☑ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. 25532 ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. 2555 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. 2557

2.5 สภาพร่างกาย หากปกติ ☑ ปกติ หากพิการ ☑ พิการ และให้ระบุประเภทความพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ 1. ทางการมองเห็น 2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3. ทางการเคลื่อนไหว 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ทางสติปัญญา 6. ทางการเรียนรู้ 7. ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง ☐ ที่ผู้ประกันตนมีเอกสารหลักฐาน เช่น หนังสือเดินทาง ทำเครื่องหมาย ☑ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) กรณีมีเอกสารอื่น เช่น ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำเครื่องหมาย ☑ อื่น ๆ (ระบุ) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

3. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

กรณีลูกจ้างเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วให้ทำเครื่องหมาย ☑ มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลปัจจุบันที่ใช้สิทธิ หากไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้ ☑ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล หากต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ☑ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

กรณีลูกจ้างไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนหรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้วแต่ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ หรือบัตรรับรองสิทธิฯ หมดอายุ ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ□□/□□ □□□□□□

วันที่รับ……

เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

ตั้งแต่วันที่……

□□□□□□ □□

1. ข้าพเจ้า □นาย □นาง □นางสาว……ชื่อสกุล……

   เลขประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

   (คนต่างด้าวกรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

   วัน เดือน ปีเกิด……อายุ……ปี

2. สถานที่ติดต่อปัจจุบันเลขที่……หมู่ที่……ตรอก/ซอย……

   ถนน……แขวง/ตำบล……

   เขต/อำเภอ……จังหวัด……

   รหัสไปรษณีย์……โทรศัพท์……

3. สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ……

   เมื่อวันที่……สาเหตุ □ ลาออก □ เกษียณ □ เลิกจ้าง

   □ ประกอบอาชีพอิสระ □ อื่น ๆ ……

4. ก่อนออกจากงานได้รับค่าจ้างเป็นเงินจำนวน……บาท/เดือน

5. ขอเลือกสถานพยาบาล……

6. มีโรคประจำตัว □ความดันโลหิตสูง □อัมพาต □เบาหวาน □หัวใจ □มะเร็ง □ไต

   □อื่น ๆ …… □ไม่มีโรคประจำตัว

□□ □□□□□□□□

□□□□□□

□

□□□□□□□

□

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการพร้อมนี้ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา จำนวน……ฉบับ

ลงชื่อ……ผู้ยื่นคำขอ

(……)

วันที่……

ผู้มีสิทธิสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39	หลักฐานตามระเบียบสำนักงานประกันสังคม
1. ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 2. จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน 3. สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง 4. ให้ยื่นขอคำขอ ณ สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดทั่วประเทศ ภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง	□1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่มีรูปถ่าย ซึ่งทางราชการออกให้พร้อมสำเนา

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการ/ประกันสังคมจังหวัด……

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐานการแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

☐ เห็นสมควรอนุมัติให้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

☐ ไม่สมควรอนุมัติให้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เนื่องจาก

☐ จ่ายเงินสมทบตามมาตรา 33 ไม่ครบสิบสองเดือน

☐ ยื่นคำขอเกินหกเดือนนับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

☐ อื่น ๆ (ระบุ)……

……..

ลงชื่อ……..เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(…….)

ตำแหน่ง…….

วันที่…….

ลงชื่อ……

(…….)

ตำแหน่ง……..

วันที่…….

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ……..

(……..)

ตำแหน่ง……..

วันที่…….

สำนักงานประกันสังคม

แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ .....
วันที่ ..... เวลา .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ..... ชื่อสกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เกิด วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. .....

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ .....

เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐

ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

เข้างานเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ .....จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน .....

เลขที่บัญชี ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐

ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐☐

สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

2. การเลือกสถานพยาบาล

☐ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

☐ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)

☐ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)

เหตุผล

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี

เนื่องจาก

☐ ย้ายที่อยู่

☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

☐ ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ) ขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1 ชื่อ ☐☐☐☐☐☐☐

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

ลำดับที่ 2 ชื่อ ☐☐☐☐☐☐☐

ลำดับที่ 3 ชื่อ ☐☐☐☐☐☐☐

☐ **ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล

☐ ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล .....

.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป
โดยสามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลได้ที่ www.sso.go.th หรือ สายด่วนประกันสังคม โทร. 1506

คำชี้แจง

1. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุตลอดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ
2. เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ **ผู้ประกันตนคนไทย**ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ **กรณีคนต่างด้าว** ต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

1. การกรอกแบบรายละเอียดผู้ประกันตน

1.1 ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☑ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☑ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน กรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน

1.2 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม

1.3 ผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างกรอกข้อมูลในช่อง **สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33** ผู้ประกันตนที่นำส่งเงินสมทบด้วยตนเอง หรือลาออกจากการทำงานให้กรอกข้อมูลในช่อง **สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41**

1.4 การกรอกข้อมูลช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33

1.4.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม

1.4.2 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)

1.4.3 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000

1.4.4 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่เข้าทำงาน

1.4.5 ได้รับค่าจ้างสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. ให้กรอกเดือนและ พ.ศ. ที่ได้รับค่าจ้างเดือนสุดท้ายจากนายจ้าง

1.5 การกรอกข้อมูลช่อง สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41

1.5.1 ที่อยู่ปัจจุบัน ให้กรอกที่อยู่ปัจจุบันโดยละเอียดได้แก่ เลขที่ตั้ง หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ พร้อมด้วย **หมายเลขโทรศัพท์มือถือ** เพื่อที่สำนักงานจะได้ส่งข้อความสั้น (SMS) แจ้งผลการเลือกสถานพยาบาลและข้อมูลอื่น ๆ ให้แก่ผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือควรแจ้งแก่สำนักงานประกันสังคมทุกครั้งเพื่อการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว และเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกันตน

1.5.2 ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน ให้กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน

1.5.3 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)

1.5.4 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000

1.5.5 สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ ให้กรอกวันที่ เดือน และ พ.ศ. ที่สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้าง

2. การกรอกเลือกสถานพยาบาล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ให้ทำเครื่องหมาย ☑ หน้าช่อง ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาลหรือ ขอใช้สถานพยาบาลเดิมหรือ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล **เพียงช่องเดียว**

2.1.1 กรณี ☑ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล ให้กรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ

2.1.2 กรณี ☑ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณีมาตรา 38 และมาตรา 41) ไม่ต้องกรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ

2.1.3 กรณี ☑ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล ให้ระบุเหตุผลโดย ☑ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี หรือ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี กรณี ☑ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี ให้ระบุสาเหตุ เช่น ☑ เลือกสาเหตุ ได้แก่ ย้ายที่อยู่ / เปลี่ยนสถานที่ทำงาน / เหตุผลอื่นๆ กรณี ☑ เหตุผลอื่น ๆ ให้ระบุรายละเอียด เช่น เป็นคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน เป็นต้น

2.2. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

2.2.1 กรณีผู้ประกันตน/**คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน**/ผู้มีสิทธิ **ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม** ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ข้าพเจ้าผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอเลือกสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลให้ชัดเจน จำนวน 3 ลำดับ หากสถานพยาบาลที่เลือกลำดับแรกเต็ม สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 2 และ 3 ให้ตามลำดับ

2.2.2 กรณี**คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. หรือสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง

4. การตรวจสอบสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Mobile Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือที่เครื่องอ่าน Smart KIOSK ของกระทรวงมหาดไทย

ภาคผนวก

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12	
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 ที่อยู่ : อาคารกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ชั้น 4 ถนนอัษฎางค์ แขวงวัดราชบพิธ เขตพระนคร กทม. 10200 โทร : 0-2622-2500-17	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
2. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 2 ที่อยู่ : 70 ซอย 10 ถนนเทศบาลรังสรรค์เหนือ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900 โทร : 0-2954-2577	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
3. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 3 ที่อยู่ : บริเวณกระทรวงแรงงาน อาคารสำนักงาน ประกันสังคม ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม. 10400 โทร : 0-2248-4867 ต่อ 401-409	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
4. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 4 ที่อยู่ : 144/18-22 ซอยสีลม 10 ถนนสีลม แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กทม. 10500 โทร : 0-2634-0180-95	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
5. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 5 ที่อยู่: 309, 311 ซอยรัชดา 6 ถนนรัชดาภิเษก-ท่าพระ แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กทม. 10600 โทร : 0-2476-8787	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
6. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 6 ที่อยู่ : 140/1 อาคารทาคูนิ ชั้น 4-5 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางแค เขตบางแค กทม. 10160 โทร : 0-2455-8989	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
7. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 7 ที่อยู่ : 17 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางบอน เขตบางบอน กทม. 10150 โทร : 0-2415-0995 ต่อ 301, 313	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
8. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 8 ที่อยู่ : อาคารไอทีเอ็ม เลขที่ 255 ถ.ศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กทม. 10250 โทร : 0-2743-3690	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12	
9. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 9 ที่อยู่ : 10/1273-8 ถนนนวมินทร์ (สุขาภิบาล1) แขวงนวมินทร์ เขตบึงกุ่ม กทม. 10240 โทร : 0-2733-4111-20	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
10. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 10 ที่อยู่ : 555/1-27 หมู่ที่ 13 ถนนสีหบุรานุกิจ แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กทม. 10510 โทร : 0-2517-9222	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
11. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 11 ที่อยู่ : 2-8 ถนนพระราม 3 ซอย 27 แขวงบางโพงพาง เขตยานนาวา กทม. 10120 โทร : 0-2294-5958	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
12. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 12 ที่อยู่ : 222 ถนนสุขุมวิท 77 (ซ.อ่อนนุช) แขวงพระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10260 โทร : 0-2331-6507-9, 0-2311-6527-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
1. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกระบี่ ที่อยู่ : 99/8 ถนนศรีตรัง ตำบลกระบี่ใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000 โทร : 0-7566-3619-23 ต่อ 31-34	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกระบี่ สาขาคลองท่อม ที่อยู่ : 86/2, 86/6 หมู่ 2 ถนนเพชรเกษม ตำบลคลองท่อมใต้ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ 81120 โทร : 0-7564-0048	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
3. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกาญจนบุรี ที่อยู่ : 2/1 หมู่ 12 ถนนแม่น้ำแม่กลอง ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000 โทร : 0-3456-4307-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
4. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกาญจนบุรี สาขาท่ามะกา ที่อยู่ : 121/38-39 ถนนรถไฟ 2 ตำบลท่าเรือ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 71130 โทร : 0-3456-2267-9	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
5. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อยู่ : 3/46 ถนนกาฬสินธุ์ – ร้อยเอ็ด ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000 โทร : 0-4381-2694	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
6. สำนักงานประกันสังคมกำแพงเพชร ที่อยู่ : 314 หมู่ 3 ถนนกำแพงเพชร-สุโขทัย ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000 โทร : 0-5571-0102-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
7. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น ที่อยู่ : 238/8 ถนนเทพารักษ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร : 0-4323-8271, 0-4324-5046	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
8. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น สาขาชุมแพ ที่อยู่ : 238 หมู่ 18 ถนนสันติสุข 1 ตำบลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 40130 โทร : 0-4331-1849, 0-4331-2056	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
9. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น สาขาบ้านไผ่ ที่อยู่ : 85/14-15 หมู่ 3 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 40110 โทร : 0-4327-2166	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
10. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดจันทบุรี ที่อยู่ : 1212/21 ศูนย์ราชการกระทรวงแรงงาน ชั้น 2 ถนนท่าแฉลบ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000 โทร : 0-3932-5984, 0-3930-1302-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
11. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดจันทบุรี สาขาสอยดาว ที่อยู่ : 304/1-2 หมู่ 1 ถนนจันทบุรี-สระแก้ว ตำบลปะตง อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี 22180 โทร : 0-3942-1698	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
12. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่อยู่ : 10/1 หมู่ 3 ถนนเลี่ยงเมือง ตำบลบางตีนเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000 โทร : 0-3898-1422 0-3898-1653	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
13. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา สาขาบางปะกง ที่อยู่ : 187/4 หมู่ 1 ถนนบางนา-ตราด กม.42 ตำบลบางวัง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24180 โทร : 0-3854-0531-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
14. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา สาขาพนมสารคาม ที่อยู่ : ที่ว่าการอำเภอพนมสารคาม ชั้น 2 ตำบลพนมสารคาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา 24120 โทร : 0-3883-7132	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
15. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี ที่อยู่ : 101/10 หมู่ 1 ถนนสุขุมวิท ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000 โทร : 0-3819-8670-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
16. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี สาขาศรีราชา ที่อยู่ : 53 หมู่ 9 อาคารทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 2 ถนนสุขุมวิท ตำบลทุ่งศุขลา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20230 โทร : 0-3849-5265-68	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
17. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยนาท ที่อยู่ : 289 หมู่ 6 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 17000 โทร : 0-5641-2603, 0-5641-5341	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
18. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ ที่อยู่ : 251/7 หมู่ 4 ถนนองค์การบริหารส่วนจังหวัด สาย 2 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทร : 0-4481-3083, 04483-5681-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
19. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชุมพร ที่อยู่ : 303 หมู่ 1 บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดชุมพร ถนนไตรรัตน์ ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000 โทร : 0-7750-5045-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
20. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงราย ที่อยู่ : ศูนย์ราชการกระทรวงแรงงาน ชั้น 1 และชั้น 5 ถนนศูนย์ราชการ ตำบลริมกก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทร : 0-5375-0615-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
21. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงใหม่ ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่ อาคารอำนวยการกลาง ชั้น1 ถนนโชตนา ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50300 โทร : 0-5311-2629-30	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
22. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงใหม่ สาขาฝาง ที่อยู่ : 778 หมู่ 2 ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 50110 โทร : 0-5345-1228	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
23. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตรัง ที่อยู่ : 252/5 ถนนท่ากลาง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000 โทร : 0-7557-0527-9	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
24. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตรัง สาขาห้วยยอด ที่อยู่ : อาคารเลขที่ 169 หมู่ 3 ถนนเพชรเกษม ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง 92130 โทร : 0-7557-7255	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
25. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตราด ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดตราด ชั้น1 ถนนราษฎร์นิยม ตำบลบางพระ อำเภอเมือง จังหวัดตราด 23000 โทร : 0-3951-1911	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
26. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตาก ที่อยู่ : 10/2 ถนนพหลโยธิน ตำบลหนองหลวง อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000 โทร. : 0-5551-2450-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
27. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตาก สาขาแม่สอด ที่อยู่ : 64/11-12 ถนนอินทรคีรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 63110 โทร : 0-5553-3081-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
28. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครนายก ที่อยู่ : 79/1 หมู่ 10 ตำบลพรหมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก 26000 โทร : 0-3731-1440, 0-3732-1439	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
29. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครปฐม ที่อยู่ : 447/1 ถนนสวนตะไคร้ ตำบลสนามจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000 โทร : 0-3431-0540-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
30. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครปฐม สาขาสามพราน ที่อยู่ : 16/16-19 ม. 1 ถนนเพชรเกษม ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 73110 โทร : 0-3432-7150-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
31. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครพนม ที่อยู่ : 213/2 หมู่ 2 ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร : 0-4251-3540	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
32. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา ที่อยู่ : 2/1 ถนนเดชอุดม ซอย 6 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร : 0-4420-5353-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
33. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาปากช่อง ที่อยู่ : 88/1 ถนนมิตรภาพ ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 30130 โทร : 0-4431-6665	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
34. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาโนนสูง ที่อยู่ : 49 หมู่ 12 ตำบลธารปราสาท อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา 30420 โทร : 0-4491-7116	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
35. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่อยู่ : 289 ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทร : 0-7535-7202-205	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
36. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราช สาขาทุ่งสง ที่อยู่ : 49 ถนนชัยชุมพล ตำบลปากแพรก อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80110 โทร : 0-7533-2895-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
37. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครศรีธรรมราช สาขาสิชล ที่อยู่ : 9/8 หมู่ 13 ตำบลทุ่งปรัง อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 80120 โทร : 0-7553-5994	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
38. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครสวรรค์ ที่อยู่ : 310/13 หมู่ 9 ถนนโกสีย์ใต้ ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000 โทร : 0-5622-0134-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
39. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครสวรรค์ สาขาตาคลี ที่อยู่ : 78/24 ถนนประชาอุทิศ ตำบลตาคลี อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ 60140 โทร : 0-5626-5682-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
40. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี ที่อยู่ : บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนาธิเบศร์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร : 0-2550-5104-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
41. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี สาขาบางบัวทอง ที่อยู่ : 222-222/1-2 หมู่ 1 อาคารเวสต์อินคอมเพล็กซ์ ชั้น 7-8 ถนนรัตนาธิเบศร์ ตำบลบางรักใหญ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110 โทร : 0-2926-7510-11	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
42. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนราธิวาส ที่อยู่ : 227 ถนนศูนย์ราชการจังหวัดนราธิวาส ตำบลลำภู อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000 โทร : 0-7353-2334-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
43. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดน่าน ที่อยู่ : บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดน่าน หมู่ 11 ถนนน่าน-พะเยา ตำบลไชยสถาน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน 55000 โทร : 0-5471-6069-72	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
44. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดน่าน สาขาปัว ที่อยู่ : 18/4-5 หมู่ 5 ถนนปัว-น้ำยาว ตำบลวรนคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน 55120 โทร : 0-5479-1317, 0-5468-89045-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
45. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดบุรีรัมย์ ที่อยู่ : 231 หมู่ที่ 9 ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000 โทร : 0-44614437, 0-4463-4881	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
46. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดบุรีรัมย์ สาขานางรอง ที่อยู่ : 787/49 ถนนโชคชัย-เดชอุดม ตำบลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 31110 โทร : 0-4463-3814, 0-4463-3816	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
47. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดบึงกาฬ ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดบึงกาฬ ชั้น 3 ถนนบึงกาฬ – นครพนม ตำบลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ 38000 โทร : 0-4249-2524-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
48. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี ที่อยู่ : 35/3 หมู่ 1 ถนนปทุมธานี-รังสิต ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000 โทร : 0-2567-0360-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
49. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี สาขาคลองหลวง ที่อยู่ : 98/104 หมู่ 13 (ห้างแจเวนิว ชั้น 4) ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12000 โทร : 0-2529-2467-79	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
50. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่อยู่ : 73/15 ถนนสุขใจ ตำบลประจวบ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77000 โทร : 0-3260-2374	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
51. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สาขาหัวหิน ที่อยู่ : 27/70 ซอยหัวหิน 11 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110 โทร : 0-3252-2301-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
52. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปราจีนบุรี ที่อยู่ : ศูนย์ราชการจังหวัดปราจีนบุรี ชั้น 2 ถนนสุวินทวงศ์ ตำบลไม้เดิด อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี 25230 โทร : 0-3745-4030-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
53. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปราจีนบุรี สาขาศรีมหาโพธิ ที่อยู่ : 609/3-4 หมู่ 7 ตำบลศรีมหาโพธิ อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี 25140 โทร : 0-3762-5212-14	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
54. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปัตตานี ที่อยู่ : 14 ซอย 5 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลสะบารัง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000 โทร : 0-7332-3191-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
55. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่อยู่ : ศูนย์ราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 123 หมู่ที่ 3 ถนนสายเอเชีย ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทร : 0-3533-62252	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
56. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สาขาอุทัย ที่อยู่ : 34/1-3 หมู 5 ถนนโรจนะ ตำบลคานหาม อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13210 โทร : 0-3580-0813-15	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
57. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพังงา ที่อยู่ : 7/30 ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา 82000 โทร : 0-7641-1994	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
58. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพัทลุง ที่อยู่ : 16 ถนนไชยบุรี ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง 93000 โทร : 0-7462-1447-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
59. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิจิตร ที่อยู่ : 220 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000 โทร : 0-5661-3290	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
60. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก ชั้น 4 ถนนวังจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทร : 0-5524-5324, 0-5524-5020	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
61. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก สาขาวังทอง ที่อยู่ : 134/7 หมู่ที่ 1 ถนนวังทอง - เขาทราย ตำบลดินทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130 โทร : 0-5531-2637, 0-5531-2638	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
62. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี ที่อยู่ : 262 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 โทร : 0-3242-8620, 0-3842-7195	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
63. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี สาขาชะอำ ที่อยู่ : 45-45/1 ถนนศรีสกุลไทย ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี 76120 โทร : 0-3247-2770-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
64. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่อยู่ : 102 หมู่ 10 ถนนสระบุรี – หล่มสัก ตำบลสะเดียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 67000 โทร : 0-5673-6226-30	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
65. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบูรณ์ สาขาหล่มสัก ที่อยู่ : 71/7- 8 หมู่ 4 ถนนสระบุรี-หล่มสัก ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110 โทร : 0-5671-3716-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
66. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ ที่อยู่ : 50 ถนนร่องซ้อ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000 โทร : 0-5452-2231-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
67. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ สาขาลอง ที่อยู่ : 184/1 หมู่ 6 ตำบลห้วยยอด อำเภอลอง จังหวัดแพร่ 54150 โทร : 0-5458-3412-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
68. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพะเยา ที่อยู่ : 112/29 ถนนฟากน้ำ ตำบลแม่ต่ำ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 โทร **:** 0-5448-4001-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
69. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดภูเก็ต ที่อยู่ : 15/4 ถนนอำเภอ ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000 โทร **:** 0-7624-0418-9 0-7621-9950	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
70. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดภูเก็ต สาขากะทู้ ที่อยู่ : 16/12-13 หมู่ที่ 2 ถนนพระภูเก็ตแก้ว ตำบลกะทู้ อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต 83120 โทร **:** 0-7654-0571-74	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
71. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมหาสารคาม ที่อยู่ : ศูนย์ราชการกระทรวงแรงงานจังหวัดมหาสารคาม ชั้น 2 เลขที่ 42 หมู่ 10 ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทร **:** 0-4397-1327	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
72. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่อยู่ : 126/10 ถนนขุมลุมประพาส ตำบลจองคำ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 58000 โทร : 0-5361-2144, 0-5361-2599	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
73. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร ที่อยู่ : 1/8 ถนนวงศ์คำพา ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร 49000 โทร : 0-4261-2287	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
74. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดยะลา ที่อยู่ : 64 ถนนสุขยางค์ ตำบลสะเตง อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา 95000 โทร : 0-7327-4482-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
75. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดยโสธร ที่อยู่ : 272 หมู่ 1 ถนนแจ้งสนิท ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 35000 โทร : 0-4571-2657, 0-4571-5564	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
76. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ : 21/9 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000 โทร : 0-4352-7735-6, 0-4351-5452	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
77. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดร้อยเอ็ด สาขาโพนทอง ที่อยู่ : ที่ว่าการอำเภอโพนทอง (หลังเก่า) ชั้น 1 ถนนนิคมดำริ ตำบลตะแวน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 45110 โทร : 0-4357-1748-50	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
78. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดระนอง ที่อยู่ : 55/9 หมู่ 3 ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง 85000 โทร : 0-7782-8533-6 ต่อ 107	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
79. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดระยอง ที่อยู่ : 140/23 หมู่ 2ถนนสุขุมวิท ตำบลเนินพระ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง 21000 โทร : 0-3861-0170-73	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
80. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดระยอง สาขาปลวกแดง ที่อยู่ : 888/75-78 หมู่ 5 ตำบลคู้แม่น้ำ อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง 21140 โทร : 0-3802-7852-59	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
81. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดราชบุรี ที่อยู่ : 128 หมู่ 10 ถนนเขาวัง – บ้านน้ำพุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทร : 0-3231-9853-4, 0-3232-1985	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
82. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดราชบุรี สาขาบ้านโป่ง ที่อยู่ : 22/3-5 หมู่ 5 ถนนเขางู-เบิกไพร ตำบลเบิกไพร อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110 โทร **:** 0-3222-3069-70	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
83. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลพบุรี ที่อยู่ : 126/3 ถนนคันคลองชลประทาน ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 15000 โทร : 0-3641-1925, 0-3642-1670	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
84. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลพบุรี สาขาชัยบาดาล ที่อยู่ : 599/3/1 หมู่ 10 ตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี 15130 โทร : 0-3646-2117	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
85. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดลำปาง ชั้น 2 ถนนวชิราวุธดำเนิน ตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000 โทร **:** 0-5426-5018-20	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
86. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง สาขาเถิน ที่อยู่ : 196/14 -15 หมู่ 7 ตำบลล้อมแรด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง 52160 โทร **:** 0-5429-2191	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
87. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำพูน ที่อยู่ : อาคารศูนย์ราชการกระทรวงแรงงาน เลขที่ 164 หมู่ 10 ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000 โทร : 0-5352-5596-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
88. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำพูน สาขาบ้านโฮ่ง ที่อยู่ : 999 หมู่ 17 ตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน 51130 โทร : 0-5398-0596	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
89. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเลย ที่อยู่ : 64/3 ถนนเลย – ด่านซ้าย ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000 โทร **:** 0-4281-3453, 0-4281-2613	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
90. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ ที่อยู่ : 350/8 ถนนโชติพันธ์ ตำบลหนิงครก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทร : 0-4561-1503, 0-4561-2502	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
91. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร ที่อยู่ : 1767/23 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร : 0-4271-2662-3, ต่อ 401	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
92. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร สาขาสว่างแดนดิน ที่อยู่ : 351 หมู่ 2 ถนนนิตโย ตำบลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร 47110 โทร : 0-4277-6833	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
93. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา ที่อยู่ : 430/78 หมู่ 2 ตำบลพะวง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90100 โทร : 0-7430-0550-4 ต่อ 211-214, 218	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
94. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา สาขาหาดใหญ่ ที่อยู่ : 334 ถนนโชติวิทยะกุล 3 ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทร : 0-74559-600-4 โทรสาร 074-559-605	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
95. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา สาขาสะเดา ที่อยู่ : 298/51-52 ถนนกาญจนวนิช ตำบลพังลา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 90170 โทร : 0-7424-1317, 0-7424-1319	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
96. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสตูล ที่อยู่ : 82/1 หมู่ 6 ถนนยนตรการกำธร ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล 91000 โทร : 0-7472-1353	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
97. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ที่อยู่ : 1632 หมู่ 4 ถนนเทพารักษ์ ตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทร : 0-2755-6249-57	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
98. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาบางพลี ที่อยู่ : 88/12 หมู่ 10 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540 โทร : 0-2175-2446	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
99. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาพระประแดง ที่อยู่ : 215/1-5 หมู่1 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลปากคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 10290 โทร : 0-2425-8314-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
100. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาบางเสาธง ที่อยู่ : 1038/10 หมู่ 15 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ 10570 โทร : 0-2706-7769-76	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
101. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสงคราม ที่อยู่ : 32 ถนนสมุทรสงคราม – บางแพ ตำบลแม่กลอง อำเภอแม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000 โทร : 0-3471-5541, 0-3471-6181	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
102. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสาคร ที่อยู่ : 1300/631 ถนนนรราชอุทิศ ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร 74000 โทร : 0-3442-6041, 0-3441-2452-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
103. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสาคร สาขากระทุ่มแบน ที่อยู่ : 118 หมู่ 5 ถนนเศรษฐกิจ ตำบลท่าไม้ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร 74110 โทร : 0-3447-0279	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
104. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระบุรี ที่อยู่ : 673/2 ถนนพิชัยรณรงค์สงคราม ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 18000 โทร : 0-3621-2165	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
105. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระบุรี สาขาหนองแค ที่อยู่ : 144/7 ถนนพหลโยธิน ตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี 18140 โทร : 0-3637-2009-10	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
106. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระแก้ว ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดสระแก้ว อาคารหอประชุมปางสีดา ชั้น 2 ถนนสุวรรณศร ตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว 27000 โทร : 0-3742-5070-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
107. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระแก้ว สาขาอรัญประเทศ ที่อยู่ : 200/2 หมู่ 2 ถนนธนะวิถี ตำบลบ้านใหม่หนองไทร อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว 27120 โทร : 0-3723-3116	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
108. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสิงห์บุรี ที่อยู่ : บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดสิงห์บุรี ถนนสิงห์บุรี – บางพาน ตำบลบางบัญ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000 โทร : 0-3650-7204-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
109. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย ที่อยู่ : 317 หมู่ 14 ถนนสุโขทัย – กำแพงเพชร ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 64000 โทร : 055-613-548	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
110. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุพรรณบุรี ที่อยู่ : ศูนย์ราชการจังหวัดสุพรรณบุรี ศาลากลางจังหวัดสุพรรณบุรี ถนนสุพรรณบุรี – ชัยนาท ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000 โทร : 0-3553-5389-90	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
111. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุพรรณบุรี สาขาสามชุก ที่อยู่ : 819/11 หมู่ 2 ตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี 72130 โทร : 0-3557-1251-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
112. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่อยู่ : 100/2 บริเวณศาลากลางจังหวัด ถนนดอนนก ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 โทร : 0-7728-2283	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
113. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี สาขาเกาะสมุย ที่อยู่ : ศูนย์อำนวยการร่วมกระทรวงแรงงาน ที่ว่าการ อำเภอเกาะสมุย หมู่ 3 ถนนทวีราษฎ์ภักดี ตำบลอ่างทอง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84140 โทร : 0-7742-0697, 07742-6104	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
114. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุรินทร์ ที่อยู่ : 219 หมู่ 13 ถนนสุรินทร์ – ปราสาท ตำบลเฉลียง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทร : 0-4452-0936-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
115. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุรินทร์ สาขาศรีขรภูมิ ที่อยู่ : 379/10-11 หมู่ 1 ถนนสุรินทร์-ศรีสะเกษ ตำบลระแงง อำเภอศรีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 32110 โทร : 0-4456-0380-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
116. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหนองคาย ที่อยู่ : 391 หมู่ 5 ตำบลหนองกอมเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย 43000 โทร : 0-4242-1122	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
117. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหนองบัวลำภู ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดหนองบัวลำภู ชั้น 2 ถนนหนองบัวลำภู -อุดร ตำบลลำภูเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู 39000 โทร : 0-4231-6751-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
118. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอ่างทอง ที่อยู่ : 2 ถนนเทศบาล 8 ตำบลย่านซื่อ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000 โทร : 0-3561-2199, 0-3562-6088	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
119. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุดรธานี ที่อยู่ : 13/3 ถนนมุขมนตรี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000 โทร : 0-4232-5996-7, 0-4222-1456	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
120. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุดรธานี สาขากุมภวาปี ที่อยู่ : 253/5-6 หมู่ 1 ถนนกุมภวาปี-ศรีธาตุ ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 41110 โทร : 0-4233-4855	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
121. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่อยู่ : 590 หมู่ 1 ถนนรพช. บ้านหนองผา - บ้านต้นขาม ตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ 53130 โทร : 0-5543-1964, 5-5543-1966	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
122. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุทัยธานี ที่อยู่ : 159 หมู่ 3 ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี 61000 โทร : 0-5697-0133-36 ต่อ 31-33	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
123. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุบลราชธานี ที่อยู่ : 317/1 ถนนพโลชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทร : 0-4524-5436, 0-4524-4820	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
124. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุบลราชธานี สาขาเดชอุดม ที่อยู่ : 329-329/1 หมู่ 19 ถนนโชคชัย-เดชอุดม ตำบลเมืองเดช อำเภอเดชอุดม จัดหวัดอุบลราชธานี 34160 โทร : 0-4536-2325	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
125. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอำนาจเจริญ ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดอำนาจเจริญ ชั้น 2 ถนนชยางกูร ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ 37000 โทร : 0-4552-3047-50	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.