

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน

พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนให้เป็นปัจจุบันและเพิ่มช่องทางการยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

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

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๘

(๒) ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“แบบคำขอ” หมายความว่า แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคมฉบับภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ

ข้อ ๕ ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ หรือกรณีว่างงาน และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามแบบคำขอท้ายระเบียบนี้ตามแต่กรณี ดังนี้

(๑) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ ใช้แบบคำขอ (สปส. 2-01) หรือ (SSO. 2-01)

(๒) กรณีค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล ใช้แบบคำขอ (สปส. 2-09) หรือ (SSO. 2-09)

(๓) กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน ใช้แบบคำขอ (สปส. 2-18) หรือ (SSO. 2-18)

(๔) กรณีว่างงาน ใช้แบบคำขอกรณีว่างงาน (สปส. 2-01/7) หรือ (SSO. 2-01/7)

ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดที่ไม่มีสัญชาติไทย จะยื่นแบบคำขอตามวรรคหนึ่งเป็นฉบับภาษาต่างประเทศก็ได้

ข้อ ๖ การยื่นคำขอตามข้อ ๕ ให้ยื่นพร้อมเอกสารหลักฐานตามที่ระบุในแบบคำขอแล้วแต่กรณีต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา หรือจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับก็ได้ ในกรณีที่ส่งคำขอทางไปรษณีย์ให้ถือว่าวันประทับตราไปรษณีย์ต้นทางเป็นวันที่ยื่นด้วย

การยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (เฉพาะกรณีทันตกรรม) กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน หรือกรณีการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรโปอิติน (Erythropoietin) แล้วแต่กรณี นอกจากวิธีการยื่นคำขอตามวรรคหนึ่งแล้ว อาจยื่นคำขอด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้

ข้อ ๗ ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัยให้นายจ้างยื่นหนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย ตามท้ายกฎกระทรวงว่าด้วยการได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย อันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๓ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งตามข้อ ๖ ก็ได้

ข้อ ๘ ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน ให้ผู้ประกันตนแสดงความจำนงตามแบบคำขอเพื่อเลือกใช้สิทธิขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ประเภทใดประเภทหนึ่งได้เพียงประเภทเดียว

ข้อ ๙ บรรดาแบบคำขอที่ได้ยื่นไว้ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือส่งคำขอทางไปรษณีย์หรือยื่นด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ถือเป็นแบบคำขอตามระเบียบนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

บุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่

รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน ---
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล์.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ---
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงาน/สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....
4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน ---
 (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

- ☐ ประสบนัตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
 เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามสิทธิฯ
- ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....
☐ กรณีทันตกรรม วันที่รับบริการทันตกรรม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....(ใบรับรองแพทย์ด้านหลัง)
- ☐ คลอดบุตร ☐ ค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ วันที่ใช้สิทธิ.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
☐ ค่าคลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ☐ สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ☐ ทุพพลภาพ ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้
☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ☐ ค่าพาหนะ
☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- ☐ ตาย ☐ ค่าทำศพ ☐ เงินสงเคราะห์กรณีตาย
- ☐ ชราภาพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบนัตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
 ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบนัตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าฯ จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าฯ มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าฯ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุชื่อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ใบรับรองแพทย์กรณีทันตกรรม

จุดที่ทำการรักษา



วันที่.....

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

เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รับรักษา

โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....

โดย ☐ อุดฟัน.....ซี่ ที่ #

☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ที่ #

☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้

(ลงชื่อ)แพทย์ผู้รักษา

F = ฟันที่อุดครั้งนี้

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน

กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สลิปวันลาป่วย (ถ้ามี)

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

• สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีฝากครรภ์

• ใบเสร็จรับเงิน • ใบรับรองแพทย์หรือสำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (ระบุวันที่ตรวจครรภ์และอายุครรภ์)

กรณีทุพพลภาพ

• ใบเสร็จรับเงิน • ใบรับรองแพทย์ • สำเนาทะเบียน (ถ้ามี)

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีตาย

กรณีขอรับค่าทำศพ • สำเนามรณบัตร • หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ

กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ • สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดาผู้ตาย (ถ้ามี)

• สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร

• หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)

กรณีสิ้นเคราะห์บุตร

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา

กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย

• สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา

กรณีชราภาพ

• สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย • สำเนามรณบัตร • สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ

• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)

• สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

• หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี)

กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ • แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ

หมายเหตุ

♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้

♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย

♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้



Benefits Claim Form Social Security Fund

For official use only

Receiving No.

Receiving Date.....

Received by.....

1. I, (Mr/Mrs/Miss) ID Number

Contact Address No. Moo..... Street..... Sub-District..... District.....

Province..... Postcode..... Phone Number..... Email.....

2. Apply as ☐ Insured person☐ Beneficiary of (insured person's name).....ID Number

3. Name of the enterprise the insured person currently works/last worked with.....Branch.....

4. Request Payment ☐ at Social Security Office ☐ Postal Order at.....☐ Bank.....Account Number.....☐ PromptPay Number

(In case of payment via bank transfer, please attach a copy of your savings account book's first page showing name and account number of the claimant.)

5. I would like to claim for (Please choose the one that applies)

☐ Injury/Sickness ☐ Medical Expenses according to the attached receipt(s)..... Baht

Reason for not receiving treatment at the designated hospital.....

☐ Prosthesis/Assistive Device Type/Function.....Expenses according to the attached receipt(s).....Baht☐ Compensation for Loss of Income from the date of to Return to Work on the date of.....☐ Dental Services on the date of.....(according to the attached medical certificate on the back)☐ Maternity ☐ Antenatal Care Expenses on the date of at the Gestational Age of.....weeks☐ Delivery Expenses Child ID Number☐ Child Allowance Child ID Number☐ Invalidity ☐ Compensation for Loss of Income☐ Medical Expenses according to the attached receipt(s) Baht ☐ Vehicle Expense☐ Prosthesis/Assistive Device Type/Function.....Expenses according to the attached receipt(s).....Baht☐ Death ☐ Funeral Grant ☐ Death Grant☐ Old-Age

6. If I am eligible to compensation for loss of income for both injury/sickness and invalidity at the same time,

I choose to receive the compensation for only: ☐ Injury/Sickness ☐ Invalidity

I, as the owner of the personal information mentioned above, hereby certify that the information above is true and correct. If it is found later that I am not the owner of said information, claim the benefits without entitlement, or receive overpayment, I consent to the repayments and reparations for the benefits ineligibly received and any damage to the SSO. Furthermore, I consent to the deduction made by the SSO from the current or future benefits that I am eligible for, in order to make repayments and reparations to the Social Security Fund. By signing below, I hereby give my full consent and confirmation,

Signature Claimant

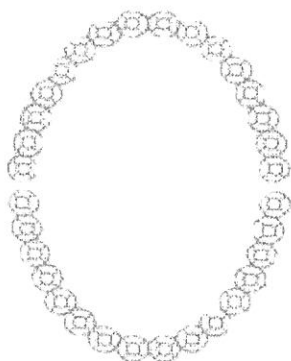
(.....)

Date...../...../.....

Warnings: Giving false information may be considered a fraud according to section 341 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 3 years, or fine not exceeding 60,000 Baht, or both. Otherwise, it may be considered an intentional misinformation against officials according to section 137 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 6 months or fine not exceeding 10,000 Baht, or both.

Dental Services Medical Certificate

Point(s) of Operation



Date.....

I, (Mr/Mrs/Miss)..... Dental Care License Class.....

Number.....operating at the dental hospital.....

which receives ☐ Class 1 ☐ Class 2 Dental Care Service License from Division of Medical Registration, Ministry of Public Health, provide dental care for (Mr/Mrs/Miss).....

Type ☐ Filling.....of Tooth #

☐ Extraction/Removal.....of Tooth #

☐ Scaling from.....(AM/PM)(AM/PM)

☐ Removable Partial Prosthodontics/Dentures.....Teeth

☐ Maxillary/Mandibular Removable Partial Prosthodontics/Dentures

☐ Removable Complete Prosthodontics/Denture

M = Tooth Extraction/Removal

F = Tooth Filling

A = Removable Prosthodontics/Dentures

(Signature).....Dentist

(.....)

For Official Use Only

Benefit Order and Payment Order are hereby approved for the Dental Services Expenses ofBaht (.....)

Signature

(.....)

Benefit Official

Signature

(.....)

Payment Official

Attached Documents

Injury or Sickness

Medical Expenses and Prosthesis/Assistive Device • Medical Certificate • Receipt

Compensation for Loss of Income • Medical Certificate • Employer's Confirmation Letter • Record of Absence (if available)

Remarks Medical Certificate for Compensation for Loss of Income must bear the clarification on date(s) of absence, and Medical Certificate for Prosthesis/Assistive Device must bear the clarification on the necessity and type of the Prosthesis/Assistive Device.

Maternity

If claimed by female insured person • Original Birth Certificate and a copy (In case of twins, attach a copy of the other twin)

If claimed by male insured person • Original Birth Certificate and a copy (In case of twins, attach a copy of the other twin)

• A copy of Marriage Certificate. If there is none, attach the Certificate of Non-Married Status.

Antenatal Care

• Receipt • Medical Certificate or a copy of Mother and Child Health Handbook (with examination date and gestational age)

Invalidity

• Receipt • Medical Certificate • A copy of medical records (if available)

Remarks Medical Certificate for Prosthesis/Assistive Device must bear the clarification on the necessity and type of the Prosthesis/Assistive Device.

Death

Funeral Grant • A copy of Death Certificate • Funeral Manager Certification

Death Grant • A copy of House Registration of the Dead and of the Beneficiary (one each)

• A copy of Marriage Certificate of the insured person and their parents (if available)

• A copy of Birth Certificate or a copy of House Registration of the Child (if there is no certificate)

• Death Grant Beneficiary's Designation Form (if available)

Child Allowance

If claimed by female insured person • Original Birth Certificate and a copy

If claimed by male insured person • A copy of Marriage Certificate, a copy of Divorce Certificate with its attached record, a copy of Registration of Legitimation of Child, or a copy of the Court Judgment/Order on legitimate child

• Original Birth Certificate and a copy

Old-Age

• A copy of a savings account passbook's first page with the claimant's name and account number

If the insured person has died • A copy of Death Certificate

• A copy of House Registration of the Dead and of the Beneficiary (one each)

• A copy of Marriage Certificate of the insured person and their parents (if available)

• A copy of Birth Certificate or a copy of House Registration of the Child (if there is no certificate)

• Old-Age Lump Sum Beneficiary's Designation Form (if available)

If the insured person is non-Thai and wishes to leave Thailand • Application form for non-Thai who wishes to leave Thailand

Remarks ♦ If the claimant is a foreign insured person, please identify yourself with a copy of Social Security ID card and a copy of passport, or a copy of temporary passport, or any official ID document.

♦ If the document is in foreign language and a determinant of benefit, please have the document translated into Thai and notarised.

♦ If you had changed your name or surname, please attach a copy of the name change certificate.

♦ If there is not enough document presented as determinant of benefit, the official may request additional document.

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

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. ได้ใส่ວັຍະເຕີມ/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ ชื่อสถานพยาบาล/ร้าน..... ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
5. การขอรับค่าວັຍະເຕີມ/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ผ่านมาของผู้ประกันตน
☐ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ กรณีทุพพลภาพ
☐ เคยขอรับเมื่อ ว/ด/ป..... ☐ ไม่เคย
6. ขอรับค่า ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ชนิด.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
7. หลักฐานที่แนบ ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ ใบรับรองแพทย์ (ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทของວັຍະເຕີມ/อุปกรณ์ที่ใช้ด้วย)
8. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารใดส่งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของฝ่ายคำขอฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มียุติ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มียุติดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

(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

คำแนะนำในการกรอกแบบ

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

หมายเหตุ

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

For official use only

Receiving No.

Receiving Date.....

Received by.....

Please read the instruction and warnings behind this page

1. Name of Insured Person (Mr/Mrs/Miss)
 ID Number Contact Address No. Moo.....
 Building/Village Soi..... Street..... Sub-District District.....
 Province Postcode Phone Number..... Email.....
2. Date of injury or sickness: date month year
3. Result of injury or sickness (specify physical condition such as loss of leg, loss of arm, inability to walk, etc.).....

4. Has received Prosthesis / Treatment equipment from (name of the healthcare provider / shop)..... Address No.
 Street Sub-district District Province
5. Insured person's previous payment of Prosthesis/Assistive Device
☐ In case of injury/sickness ☐ In case of disability
☐ Received on (date/...../.....) ☐ Never
6. Claim for ☐ Prosthesis type ☐ Assistive Device
 The amount of Baht (.....)
7. Attached documents ☐ Receipt ☐ Medical Certificate (Necessity of usage and type of Prosthesis / Assistive Device must be specified by doctor)
8. Request Payment ☐ at Social Security Office ☐ Postal Order at ☐ Bank
- (In case of payment via bank transfer, please attach a copy of your savings account book's first page showing name and account number of the claimant.)

I, as the owner of the personal information mentioned above, hereby certify that the information above is true and correct. If it is found later that I am not the owner of said information, claim the benefits without entitlement, or receive overpayment, I consent to the repayments and reparations for the benefits ineligibly received and any damage to the SSO. Furthermore, I consent to the deduction made by the SSO from the current or future benefits that I am eligible for, in order to make repayments and reparations to the Social Security Fund. By signing below, I hereby give my full consent and confirmation,

Signature Claimant
(.....)

Insured Person/Director of Healthcare Provider.....

Date...../...../.....

Medical Certificate

Name of the Healthcare Provider Address

Name of Doctor Number of Medical license

I certify that I had done a physical examination of (Mr/Mrs/Miss

First treatment on date month year..... symptom or disease

Result of the treatment

Result as of / date..... month year.....

Has to use ☐ Prosthesis type ☐ Assistive Device

Signature Medical Practitioner
(.....)

Date/...../.....

Instruction

1. Fill in the name/surname/ID number of the insured person or the eligible person (in case the insured person dies) and current contact address.
2. Fill in the date/month/year of the occurrence of accident or injury
3. Fill in the symptom or physical condition as a result of the accident or injury
4. Fill in the name of the Healthcare provider or the shop providing the instalment of the prosthesis or assistive device.
5. Mark the ✓ in the box in front of the correct message and fill in the information completely.
6. All the attached documents which are photocopies must be correctly certified and the original documents must be presented as request by the official.
7. Mark the ✓ in the box in front of the correct message
 - In case the eligible person applies for the benefit by his/her own self, the original ID card must be presented. If there is a proxy person, the original ID of the eligible person and the proxy person must be presented.
 - In case of receiving benefit by money order, specify the name of the post office where the eligible person will contact.
 - In case of receiving benefit by bank transfer, the name on the saving account passbook must be under the name of the insured person or the eligible person only. You can choose from the following bank, Krung Thai Bank, Bank of Ayudhya, Bangkok Bank, Siam Commercial Bank, TMB Bank, Kasikorn Thai Bank, Islamic Bank of Thailand, and CIMB Bank.
8. Sign the name of the claimant (the insured person or the director of healthcare provider depending on each case) with the applying date/month/year.

- Remarks** ♦ If the claimant is a foreign insured person, please identify yourself with a copy of Social Security ID card and a copy of passport, or a copy of temporary passport, or any official ID document.
- ♦ If the document is in foreign language and a determinant of benefit, please have the document translated into Thai and notarised.
 - ♦ If you had changed your name or surname, please attach a copy of the certificate name change.
 - ♦ If there is not enough document presented as determinant of benefit, the official may request additional document.

Warnings: Giving false information may be considered a fraud according to section 341 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 3 years, or fine not exceeding 60,000 Baht, or both. Otherwise, it may be considered an intentional misinformation against officials according to section 137 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 6 months or fine not exceeding 10,000 Baht, or both.



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ
การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

สำหรับผู้ประกันตน

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่า
ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไป
โดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพ จากประโยชน์ทดแทน
ครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพ มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพ จึงขอลงลายมือชื่อไว้
เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341
ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน
ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

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

หมายเหตุ

- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาทะเบียนบ้าน (passport) หรือสำเนาทะเบียนบ้านชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

ข้อแนะนำ

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

For official use only

Receiving No.

Receiving Date.....

Received by.....

1. I, (Mr/Mrs/Miss) ID Number

Date of birth/...../..... Age

Contact Address No. Moo..... Building/Village Soi

Street.....Sub-District District..... Province

Postcode Phone Number Email.....

2. Name of the enterprise the insured person currently work

Employer social security number Branch Number

3. Request for compensation of Renal Dialysis therapy by

☐ Hemodialysis or ☐ Peritoneal Dialysis
with Erythropoietin injection

4. Request for compensation of ☐ Organ Replacement ☐ Treatment after Organ Replacement and provision of Immunosuppressant

☐ Kidney Transplantation

☐ Bone Marrow Transplantation ☐ Corneal Transplantation

☐ Heart Transplantation☐ Lung Transplantation☐ Liver Transplantation☐ Pancreas Transplanta

☐ Transplantation of two or

☐ Heart-Lung Transplantation☐ Heart-Kidney Transplantation

☐ Simultaneous liver kidney trans

☐ Simultaneous pancreas kidney transplant

care provider where the insured person will receive organ

5. Healthcare provider where the insured person will receive organ transplantation as of no.4

Name

6. Healthcare provider where the insured person will stay for treatment after organ replacement (for claim of only treatment after organ replacement)

Name

The healthcare provider has ☐ already accepted ☐ not yet accepted

I, as the owner of the personal information mentioned above, hereby certify that the information above is true and correct. If it is found later that I am not the owner of said information, claim the benefits without entitlement, or receive overpayment, I consent to the repayments and reparations for the benefits ineligibly received and any damage to the SSO. Furthermore, I consent to the deduction made by the SSO from the current or future benefits that I am eligible for, in order to make repayments and reparations to the Social Security Fund. By signing below, I hereby give my full consent and confirmation,

Signature Claimant

(.....)

Date...../...../.....

Warnings: Giving false information may be considered a fraud according to section 341 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 3 years, or fine not exceeding 60,000 Baht, or both. Otherwise, it may be considered an intentional misinformation against officials according to section 137 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 6 months or fine not exceeding 10,000 Baht, or both.

For Official Use Only

Attached documents

- ☐ Medical certificate of patient request for renal replacement therapy / organ replacement
- ☐ a 1 inch or 2 inches photo of the claimant (taken within 6 months before the submission)
- ☐ a copy of Identification card
- ☐ Certificate of applying for the organ replacement or treatment after

Remarks ♦ If the claimant is a foreign insured person, please identify yourself with a copy of Social Security ID card and a copy of passport, or a copy of temporary passport, or any official ID document.

- ♦ If the document is in foreign language, please have the document translated into Thai and notarised.
- ♦ If you had changed your name or surname, please attach a copy of the name change certificate.
- ♦ If there is not enough document presented as determinant of benefit, the official may request additional document.

Suggestion

1. The claimant can apply simultaneously for compensation of Hemodialysis, Peritoneal dialysis, Kidney transplantation or Erythropoietin injection.
2. In case of Kidney transplantation, if the claimant had applied for benefit at SSO in advance. When the medical practitioner decide that the insured person is ready for diagnosis to have Kidney transplantation. The claimant must contact the SSO Bangkok or Provincial SSO where the claimant had applied for and the SSO official will issue a notification letter to the healthcare which the claimant wish to have kidney transplantation.
3. In case of Organ transplantation from the deceased in urgent and fatal case, the case should be sent to the Kidney transplantation therapy sub-committee as an emergency.

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ជ្រប.....

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. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ธนาการ.....เลขที่บัญชี.....

☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน

3. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน

- ☐ เนื่องจากออกจากงาน (กรณีนี้ให้กรอกข้อ 4 - 7)
☐ เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย สาเหตุ..... (กรณีนี้ไม่ต้องกรอกข้อ 5 - 7)
 หยุดงานตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตนกรณีว่างงาน..... อายุ.....ปี)

4. สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนกรณีว่างงานทำงานชื่อ.....สาขา.....

5. วัน เดือน ปีที่ออกจากงาน.....

6. สาเหตุการออกจากงาน ☐ ลาออก

☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก.....
(กรณีถูกเลิกจ้างเนื่องจากละทิ้งหน้าที่ให้ระบุจำนวนวันที่ละทิ้งหน้าที่จริง)

- ☐ อยู่ระหว่างรอคำสั่งพนักงานตรวจแรงงาน ☐ อยู่ระหว่างนำคดีไปสู่ศาลแรงงาน

□ อื่น ๆ ระบุ.....

7. ขึ้นทะเบียนหางานกับสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่จังหวัด.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่า ข้าพ ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือสามัคคีพิพาทจนถึงที่สุดว่าถูกเลิกจ้างด้วยเหตุตามมาตรา 78(2) แห่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 หรือข้าพ ได้รับเงิน โดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพ จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพ มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่ กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ
- สำเนาหนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส. 6 -09) (ถ้ามี)
- หนังสือหรือคำสั่งของนายจ้างที่ให้ออกจากงาน (ถ้ามี)
- หนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย กรณีเป็นผู้ประกันตนกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย

หมายเหตุ

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขออับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนกรณีว่างงานหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพิกถอนกรณีเดียว
3. กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงาน หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท... พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. กรอกสาเหตุการออกจากงานกรณีถูกเลิกจ้างให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น ลดพนักงาน/เลิกกิจการ/กระทำความผิด หรือกรณีเกิดเหตุสุดวิสัยไม่สามารถทำงานได้ให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น เกิดอุบัติเหตุ ว่างงาน อุตสาหกรรม หรือกรณีพิพาทเป็นต้น
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) และธนาคารธนาชาติ จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น

หนังสือรับรอง
การขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย
อันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

๑. ชื่อสถานประกอบการ เลขที่บัญชีสถานประกอบการ
ประเภทธุรกิจ ที่ตั้งสถานประกอบการ
ขอรับรองว่า ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย ในกรณีดังต่อไปนี้

- ☐ ลูกจ้างต้องกักตัวหรือเฝ้าระวังการระบาดของโรค
☐ ทางราชการมีคำสั่งให้ปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออันตราย

โดยมีรายชื่อดังต่อไปนี้

๑. นาย/นาง/นางสาว นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....
๒. นาย/นาง/นางสาว นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....
๓. นาย/นาง/นางสาว นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....
๔. นาย/นาง/นางสาว นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....
๕. นาย/นาง/นางสาว นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....

๒. ขอรับรองว่า ผู้ประกันตน ☐ เป็นลูกจ้างของข้าพเจ้าจริงและไม่ได้รับค่าจ้าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อ นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจจากนายจ้าง
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ “เหตุสุดวิสัย” หมายความว่า ความรวมถึง ภัยอันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ซึ่งมีผลกระทบต่อสาธารณสุข และถึงขนาดที่ผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้หรือนายจ้างไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ
คำเตือน : ในกรณีที่ระบุข้อเท็จจริงเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกงตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๔๑ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๑๓๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

For official use only

Receiving No.

Receiving Date.....

Received by.....

1. I, (Mr/Mrs/Miss) ID Number [][][][][][][][][][][][][][][][]

Contact Address No. Moo..... Street..... Sub-District..... District.....

Province Postcode..... Phone Number..... Email.....

2. Request Payment ☐ at Social Security Office ☐ Postal Order at.....

☐ Bank.....Account Number.....

☐ PromptPay Number

3. Apply as ☐ Insured person

☐ Termination of employment (go to item 4 - 7)

☐ Force majeure caused by (skip item 5 - 7)

Suspension from work started from the date of to

☐ Beneficiary of (insured person's name..... Age.....)

4. Name of the enterprise the insured person last worked with Branch

5. Date/Month/Year of termination

6. Cause of termination ☐ Resignation

☐ Lay-off due to

(In case of lay-off due to abandonment of duty, please indicate the number of days of abandonment.)

☐ Waiting for labour inspector's order ☐ Filing with Labour Court

☐ Other (please specify)

7. Register for employment with the Employment Office of Area/Province

on the date of Month Year

I, as the owner of the personal information mentioned above, hereby certify that the information above is true and correct. If it is found later that I am not the owner of said information, given a final judgment for termination of employment due to the causes under section 78(2) of the Social Security Office B.E. 2533, claim the benefits without entitlement, or receive overpayment, I consent to the repayments and reparations for the benefits ineligibly received and any damage to the SSO. Furthermore, I consent to the deduction made by the SSO from the current or future benefits that I am eligible for, in order to make repayments and reparations to the Social Security Fund. By signing below, I hereby give my full consent and confirmation.

Signature Claimant

(.....)

Date...../...../.....

Attached Documents

- A copy of a savings account passbook's first page with the claimant's name and account number
- A copy of employer's Notification Form for the Termination of the Insured Person's Status (SSO 6-09) (if available)
- Employer's termination letter (if any)
- Certificate for Unemployment Benefit Claim in case of Force Majeure, only if you apply as such.

Remarks ♦ If the applicant is a foreign insured person, please identify yourself with a copy of Social Security ID card and a copy of passport, or a copy of temporary passport, or any official ID document.

- ◆ If the document is in foreign language and a determinant of benefit, please have the document translated into Thai and notarised.
- ◆ If you had changed your name or surname, please attach a copy of the name change certificate.
- ◆ If there is not enough document presented as determinant of benefit, the official may request additional document.

Warnings: Giving false information may be considered a fraud according to section 341 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 3 years, or fine not exceeding 60,000 Baht, or both. Otherwise, it may be considered an intentional misinformation against officials according to section 137 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 6 months or fine not exceeding 10,000 Baht, or both.

For Official Use Only

Instruction

1. Fill in the name, surname, and ID number of the unemployed insured person or beneficiary (in case the insured person passed away), and contact address.
2. Mark '/' in box ☐ for the desired choice/statement only.
3. Fill in the name of the last enterprise where the insured person last worked with before unemployment. For sole proprietor, fill in the name of the owner. For juristic person, fill in the name of the juristic person such as Company together with the employer identification number and branch number.
4. For the cause of termination, please be clear and specific e.g. workforce reduction, cessation of business, or misconduct. For suspension due to force majeure, please specify the incident such as fire, storms, flood, geo-hazard, etc.
5. Sign the name of the claimant (Insured person or beneficiary, as the case may be), including date, month, and year of the claim submission.

Remark The Social Security Office shall pay the unemployment benefits through the following banks only; Krung Thai Bank, Bank of Ayudhya, Bangkok Bank, Siam Commercial Bank, TMB Bank, Kasikorn Thai Bank, Islamic Bank of Thailand, and CIMB Bank. The saving account requested for payment must be the account under the name of the insured person or beneficiary only.

CERTIFICATE
for Unemployment Benefit Claim
in Case of Force Majeure from Pandemic of Dangerous Communicable Diseases
under the Communicable Diseases Act

1. The Enterprise Name.....Employer Identification Number.....
Business Type.....Address.....

I certify that the employees have been suspended from work due to

- ☐ The employees must stay in quarantine or under infection surveillance.
☐ The enterprise was temporarily closed by government's order to prevent from the pandemic of dangerous communicable diseases.

The name list of the employees are as follows:

1. Mr/Mrs/Ms.....Surname.....ID Number.....
Date of Suspension from.....to.....Date of insured status termination.....

2. Mr/Mrs/Ms.....Surname.....ID Number.....
Date of Suspension from.....to.....Date of insured status termination.....

3. Mr/Mrs/Ms.....Surname.....ID Number.....
Date of Suspension from.....to.....Date of insured status termination.....

4. Mr/Mrs/Ms.....Surname.....ID Number.....
Date of Suspension from.....to.....Date of insured status termination.....

5. Mr/Mrs/Ms.....Surname.....ID Number.....
Date of Suspension from.....to.....Date of insured status termination.....

2. I certify that the above insured persons ☐ are employees of this enterprise and have not received wages.

I hereby certify that the above information is true and correct and I own these personal data.

If it has been proven otherwise, I accept that any legal action can be taken against myself.

Signature..... Employer/Authorised Person
(.....)

Position.....

Date...../...../.....

Remarks : "force Majeure" refers to any hazard related to pandemic of dangerous communicable diseases under the Communicable Diseases Act that affects the public and to the point that the insured persons cannot work or the employers cannot operate its business as usual.

Warnings: Giving false information may be considered a fraud according to section 341 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 3 years, or fine not exceeding 60,000 Baht, or both. Otherwise, it may be considered an intentional misinformation against officials according to section 137 of the Criminal Code punishable by imprisonment not exceeding 6 months or fine not exceeding 10,000 Baht, or both.