



สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอด้านหลัง

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 ธนาคารดีสง่า ปณ. ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
 ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ.....
 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 ยินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

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

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

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

กรณีทุพพลภาพ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน • สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ใช้อวัยวะเทียม/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
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัท
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนาชาติ จำกัด (มหาชน)
5. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” หน้าข้อความที่ต้องการ
6. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
7. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
8. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ

เขียนที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อ
ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายและยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพตามมาตรา 77 จัตวาตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม 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.....ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้

ต่อหน้าพยานและพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ

- 1.) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานด้วย
- 2.) ให้ผู้ประกันตนหรือผู้ที่ผู้ประกันตนระบุให้เป็นผู้มีสิทธิเป็นผู้จัดเก็บหนังสือฉบับนี้
- 3.) กรณีผู้ประกันตนมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ทำลายหนังสือฉบับที่ทำไว้ก่อนฉบับนี้ด้วย
- 4.) กรณีผู้ประกันตนประสงค์แสดงเจตนาระบุให้ผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพมากกว่า 1 คนขึ้นไป
สามารถระบุเพิ่มเติมได้
- 5.) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตให้ผู้ซึ่งผู้ประกันตนระบุให้เป็นผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน
ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา แห่งใดก็ได้ที่สะดวกทั่วประเทศ