สิทธิประโยชน์ กรณีชราภาพ

เมื่ออายุครบ 55 ปี และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงหรือเมื่อเป็นผู้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต

บำเหน็จชราภาพ

โดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1. จ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 12 เดือน จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบเฉพาะส่วนของผู้ประกันตนที่จ่ายให้กับสำนักงานประกันสังคม

2. จ่ายเงินสมทบ ตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป แต่ไม่ถึง 180 เดือน จะจ่ายเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบส่วนของผู้ประกันตนและส่วนของนายจ้างที่จ่ายเงินสมทบให้กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทน กรณีชราภาพ พร้อมผลประโยชน์ตอบแทนตามที่สำนักงานประกันสังคม กำหนด

บำนาญชราภาพ

โดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

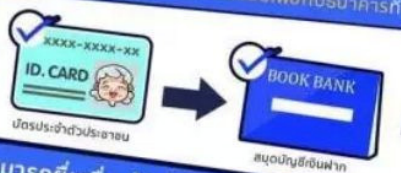
1. จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 180 เดือน จะได้รับเงินบำนาญชราภาพเป็นรายเดือน คิดเป็นอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย

2. จ่ายเงินสมทบ ตั้งแต่ 180 เดือน จะเพิ่มอัตราการจ่ายเงินบำนาญ ให้อีกร้อยละ 1.5 ของระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบทุกๆ 12 เดือน

เอกสารประกอบการยื่นขอรับประโยชน์ หรือ ผ่านบริการพร้อมเพย์

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนฯ (สปส.2-01)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ

ผู้ประกันตนสามารถลงทะเบียนพร้อมเพย์กับธนาคารที่เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารไว้



สามารถยื่นเรื่องได้ที่...
สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา/ที่ท่านสะดวก

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สายด่วน 24 ชั่วโมง 1506 ศูนย์สารนิเทศ ฝ่ายข่าว www.sso.go.th

กรณีผู้ประกันตนประกันสังคมชราภาพ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

- **บำนาญชราภาพ**
  1. จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน (15 ปี) จะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม
  2. มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์
  3. ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง (ลาออก หรือเกษียณอายุราชการ)
- **บำเหน็จชราภาพ**
  1. จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน (15 ปี)
  2. ความเป็นผู้ประกันสิ้นสุดลง (ลาออก หรือเกษียณอายุราชการ)
  3. มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ทุพพลภาพ หรือถึงแก่ความตาย

ประโยชน์ทดแทนกรณีบำนาญชราภาพ

- **บำนาญชราภาพ** มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ**เป็นรายเดือน**
  1. กรณีจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน (15 ปี) อัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง
  2. กรณีจ่ายเงินสมทบ**เกิน** 180 เดือน (15 ปี) ให้ปรับเพิ่มอัตราเงินบำนาญชราภาพอีกในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน สำหรับระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน (15 ปี)
- **บำเหน็จชราภาพ**
  1. กรณีจ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน ให้จ่ายเงินเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายสมทบ เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
  2. กรณีที่มีการจ่ายเงินสมทบมากกว่า 12 เดือนขึ้นไป ให้จ่ายเงินเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างจ่ายเงินสมทบ เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ พร้อมผลประโยชน์ตอบแทนตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด
  3. กรณีผู้รับเงินบำนาญชราภาพถึงแก่ความตายภายใน 60 เดือน นับแต่เดือนที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพ จำนวน 10 เท่าของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนที่ได้รับคราวสุดท้ายก่อนถึงแก่ความตาย

งานทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานทรัพยากรธรรมชาติ

<u>หลักฐานที่ต้องใช้ในการขอยื่นเพื่อรับประโยชน์ทดแทนชราภาพ</u>

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ (สปส 2-01)
2. หนังสือบันทึกข้อความ หรือ คำสั่ง ที่อนุมัติให้เกษียณอายุราชการ หรือลาออกจากราชการ
3. แบบสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตน สปส. 6-09 ที่ประทับตราจากคณะฯ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาทะเบียนบ้าน
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรก (บัญชีสหกรณ์ ม.อ. / บัญชี ธ.ก.ส. / บัญชีออมสิน ไม่สามารถใช้ได้)

<u>ขั้นตอนการรับประโยชน์ทดแทน</u>

หลังจากวันที่ 15 ตุลาคม ของปีที่เกษียณอายุราชการ ขอให้ผู้เกษียณอายุราชการ ไปยื่นแบบฟอร์ม สปส 2-01 และแนบเอกสารต่าง ๆ ที่สำนักงานประกันสังคม (แถวเปิดท้ายตรงข้ามธนาคารกสิกรไทย) ด้วยตนเอง และประกันสังคมจะคำนวณเงินที่ท่านจะได้รับว่าเป็นแบบบำนาญชราภาพ หรือบำเหน็จชราภาพ และได้รับจำนวนเท่าไรในแต่ละเดือน

Link : ตรวจสอบยอดเงินส่งสมทบของผู้ประกันตน https://www.sso.go.th/wpr/main/login

ที่มาข้อมูล: สำนักงานประกันสังคม

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**

สปส. 6-09

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……

*** <u>สาเหตุ</u> ***

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