



คลอดบุตร



ต้องเตรียมเอกสารอย่างไร

ลาไปช่วยเหลือ ภริยาคลอดบุตร

- ต้องจดทะเบียนสมรส
- ลาภายใน 30 วันนับแต่
ภรรยาคลอดบุตร

ลาได้ 15 วันทำการ

สภกรณ์ ม.อ.

สวัสดิการขวัญบุตรแรกคลอด

ยื่นเอกสารภายใน 120 วัน
นับแต่คลอดบุตร

ใบลาคลอดบุตร

จะลาในวันที่คลอดบุตร
ก่อนหรือหลังคลอดบุตร ก็ได้
โดยให้จัดส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
หรือผู้อื่นส่งแทนให้ได้

ลาได้ 90 วัน

ขึ้นบัตรทอง ม.อ.

ยื่นเอกสารภายใน 10 วันนับแต่
คลอดบุตร ที่กองบริหารทรัพยากร
บุคคล มหาวิทยาลัย

แจ้งเพิ่มข้อมูลบุตร

ระบบ MIS-DSS

มารดาแจ้ง : สำเนาสูติบัตรบุตร

บิดาแจ้ง : สำเนาสูติบัตรบุตร และ
สำเนาใบสำคัญการสมรส

ประกันสังคม

- ค่าคลอดบุตร 15,000.- บาท
- ค่าสงเคราะห์บุตร เดือนละ 800.- บาท
(จำกัดไม่เกิน 3 คน)
- เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการ
คลอดบุตร (จำกัดไม่เกิน 2 ครั้ง)
- ค่าตรวจและค่าฝากครรภ์ จำนวน 5 ครั้ง
ไม่เกิน 1,500.- บาท



scan แบบฟอร์ม



เอกสารสำหรับบุคลากรที่คลอดบุตร

- 1. ผู้หญิงใช้สิทธิ ใบลาคลอดบุตร :** ลาได้ 90 วัน โดยได้รับเงินเดือน
การลาคลอดบุตร จะลาในวันที่คลอด ก่อนหรือหลังคลอดบุตร ก็ได้ โดยให้เสนอจัดส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชาหรือให้ผู้อื่นส่งใบลาแทนก็ได้ โดยไม่ต้องมีใบรับรองแพทย์
- 2. ผู้ชายใช้สิทธิ ใบลาขอไปช่วยภรรยาที่คลอดบุตร:** ลาได้ไม่เกิน 15 วันทำการ
 - ให้บุคลากรลาภายใน 30 วันนับแต่วันที่ภรรยาคลอดบุตร จึงจะได้รับเงินเดือน แต่ถ้าลาเมื่อพ้น 30 วันนับแต่วันที่ภรรยาคลอดบุตรจะ ไม่ได้รับเงินเดือน เว้นแต่อธิการบดีอนุมัติ
 - การลาไปช่วยเหลือภรรยาที่คลอดบุตร ภรรยาจะต้องจดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมาย
 - ให้แนบสำเนาใบสำคัญการสมรส และสำเนาสูติบัตรบุตร
- 3. หนังสือบันทึกข้อความ ขอแจ้งเพิ่มข้อมูลบุคคลในครอบครัวในระบบ MIS-DSS**
 - 2.1 กรณีมารดาเป็นผู้แจ้ง : แนบสำเนาสูติบัตรบุตร
 - 2.2 กรณีผู้แจ้งเป็นบิดา : แนบสำเนาสูติบัตรบุตรและสำเนาใบสำคัญการสมรส
- 4. แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สำหรับบุตร**

กรณีคลอดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทางโรงพยาบาลจะขึ้นทะเบียนบุตรเป็นสิทธิบัตรของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ให้ โดยขอให้บุคลากรดำเนินการนำแบบฟอร์มไปยื่นที่งานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล มหาวิทยาลัยด้วยตนเองโดยตรง ไม่ต้องผ่านคณะฯ ภายใน 10 วันนับแต่วันที่คลอดบุตร
- 5. แบบคำร้องขอประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม**
 - 5.1 ขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีคลอดบุตร จำนวน 1 ชุด โดยแนบเอกสาร ดังนี้
 - ผู้หญิงใช้สิทธิ แนบสำเนาสูติบัตรบุตร
 - ผู้ชายใช้สิทธิ แนบสำเนาสูติบัตรบุตร และสำเนาใบสำคัญการสมรสกรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรส แนบหนังสือรับรองกรณีผู้ประกันตนไม่มีทะเบียนสมรส
 - 5.2 ขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตร จำนวน 1 ชุด
 - ผู้หญิงใช้สิทธิ แนบสำเนาสูติบัตรบุตร และสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคาร
 - ผู้ชายใช้สิทธิ แนบสำเนาสูติบัตรบุตร สำเนาใบสำคัญการสมรส และสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคาร
- 6. แบบรับสวัสดิการสหกรณ์ ม.อ.** จะต้องยื่นเอกสารภายใน 120 วันนับแต่คลอดบุตร โดยแนบเอกสารดังนี้
 1. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับสิทธิ
 2. สำเนาสูติบัตรบุตร

จัดทำโดย

งานทรัพยากรบุคคล คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แบบใบลาป่วย ลาคลอดบุตร ลากิจส่วนตัว

(เขียนที่)

วันที่ ... เดือน พ.ศ.

เรื่อง

(คำขึ้นต้น)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ระดับ สังกัด

ป่วย

ขอลา กิจส่วนตัว เนื่องจาก

คลอดบุตร

ตั้งแต่วันที่ .. เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ .. เดือน พ.ศ. มีกำหนด .. วัน

ข้าพเจ้าได้ลา ป่วย กิจส่วนตัว คลอดบุตร ครั้งสุดท้ายตั้งแต่วันที่ .. เดือน พ.ศ.

ถึงวันที่ .. เดือน พ.ศ. มีกำหนด .. วัน ในระหว่างลาจะติดต่อข้าพเจ้าได้ที่

..... หมายเลขโทรศัพท์

(ลงชื่อ)

(.....)

สถิติการลาในปีงบประมาณนี้

ประเภทลา	ลามาแล้ว	ลาครั้งนี้	รวมเป็น
ป่วย	(วันทำการ)	(วันทำการ)	(วันทำการ)
กิจส่วนตัว	(วันทำการ)	(วันทำการ)	(วันทำการ)
คลอดบุตร			

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่ .. / .. / ..

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่ .. / .. / ..

คำสั่ง

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่ .. / .. / ..

แบบใบลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร

(เขียนที่)

วันที่ ... เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร

(คำขึ้นต้น)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ระดับ สังกัด

มีความประสงค์ลาไปช่วยเหลือภริยาโดยขอด้วยกฎหมายชื่อ

ซึ่งคลอดบุตรเมื่อวันที่ .. เดือน พ.ศ. จึงขออนุญาตลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตรตั้งแต่วันที่ .. เดือน .. เดือน พ.ศ. มีกำหนด .. วันทำการ

ในระหว่างลาจะติดต่อข้าพเจ้าได้ที่

..... หมายเลขโทรศัพท์

(ลงชื่อ)

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่ .. / .. / ..

คำสั่ง

อนุญาต ไม่อนุญาต

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่ .. / .. / ..



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขอแจ้งเพิ่มข้อมูลบุคคลในครอบครัว

เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานเงินรายได้/ประเภทอื่น.....

ตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....

ภาควิชา/กอง.....คณะ/หน่วยงาน.....

ขอแจ้งเพิ่มข้อมูลบุคคลในครอบครัวในระบบสารสนเทศบุคลากร(MIS/DSS) ดังนี้

(** กรอกข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ต้องการแจ้งเพิ่มข้อมูล **)

ความสัมพันธ์	รายละเอียด	เอกสารแนบ
<input type="radio"/> บิดา	ชื่อ - สกุล	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้แจ้ง
<input type="radio"/> มารดา	ชื่อ - สกุล	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้แจ้ง
<input type="radio"/> คู่สมรส	ชื่อ - สกุล	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส
<input type="radio"/> บุตร	บุตรคนที่ 1 ชื่อ - สกุล	<u>กรณีผู้แจ้งเป็นมารดา</u> <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร
	เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด.....	<u>กรณีผู้แจ้งเป็นบิดา</u> <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร
	บุตรคนที่ 2 ชื่อ - สกุล	<u>กรณีผู้แจ้งเป็นมารดา</u> <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด.....	<u>กรณีผู้แจ้งเป็นบิดา</u> <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร	
บุตรคนที่ 3 ชื่อ - สกุล	<u>กรณีผู้แจ้งเป็นมารดา</u> <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร	
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด.....	<u>กรณีผู้แจ้งเป็นบิดา</u> <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

แบบฟอร์มรับรองบุคลากร และขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....

ประวัติบุคลากร

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง..... รหัสบุคลากร.....
ส่วนงานที่สังกัด..... คณะ..... เบอร์โทรฯ.....
เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปีเดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

- บิดา : ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
[] HN รพ. ม.อ. เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- มารดา : ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
[] HN รพ. ม.อ. เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- สามี/ภรรยา : ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
[] HN รพ. ม.อ. เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- บุตร : ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
[] HN รพ. ม.อ. เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- บุตร : ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
[] HN รพ. ม.อ. เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน
(.....)

หัวหน้างานผู้ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น/รับรอง

- [] บุคลากรมีสิทธิตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด [] เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

- การจ้างงาน [] จ้างต่อ [] ยกเลิกการจ้าง [] อื่น ๆ
การอนุมัติขึ้นทะเบียน [] อนุมัติ [] อื่น ๆ
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน

ที่ มอ. วันที่

เรื่อง ขอรับรองบุคลากรเพื่อใช้สิทธิลดหย่อน

เรียน หัวหน้างานเงินรายได้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

คณะ..... ขอรับรองว่า.....เป็น

ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานเงินรายได้ ลูกจ้างประจำ

ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง โดยมีอายุราชการ ปี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่วนของหัวหน้างาน / หน่วยงาน

เรียน หัวหน้างาน/หน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า.....เกี่ยวข้องเป็น

- ตนเอง
- สามी/ภรรยา
- บุตร
- บิดา / มารดา
- } ของข้าพเจ้าจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอให้ลงนามรับรองเพื่อใช้สิทธิลดหย่อน ส่วนเกินสิทธิค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ลงชื่อ.....

(.....)



รหัสแบบพิมพ์

020112

เริ่มใช้ 15/4/63

แบบรับสวัสดิการ สอ.ม.อ.

วันที่.....

สวัสดิการเงินสงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพญาติสมาชิก ผู้เสียชีวิตชื่อ

บิดา มารดา คู่สมรส (แบบสำเนาทะเบียนสมรส) บุตร (แบบสำเนาทะเบียนบ้านบุตร)

(แบบสำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก และ สำเนาใบมรณะบัตร)

(ยื่นรับสวัสดิการภายใน 60 วัน นับตั้งแต่วันที่ญาติเสียชีวิต)

สวัสดิการมงคลสมรสสมาชิก รับสวัสดิการเป็นเงินฝาก(งวดแรก) มอ.สินทวิ 5 ปี

จำนวนเงินที่ต้องการเปิดบัญชี มอ.สินทวิ 5 ปี 500 บาท 1,000 บาท 1,500 บาท

- เงื่อนไข สหกรณ์ฝากให้ในงวดแรก หากปิดบัญชีดังกล่าวก่อนครบกำหนดจะขอเรียกคืนเงินสวัสดิการ

(แบบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนสมรส) (ยื่นรับสวัสดิการภายใน 60 วัน นับตั้งแต่วันที่จดทะเบียนสมรส)

สวัสดิการขวัญบุตรแรกคลอด บุตรชื่อ.....

รับสวัสดิการเป็นเงินสด จำนวน 500 บาท หรือ

รับสวัสดิการเป็นเงินฝาก(งวดแรก) มอ.สินทวิ 5 ปี 500 บาท 1,000 บาท 1,500 บาท

- เงื่อนไข สหกรณ์ฝากให้ในงวดแรก หากปิดบัญชีดังกล่าวก่อนครบกำหนดจะขอเรียกคืนเงินสวัสดิการ

(แบบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาสูติบัตรของบุตร) (ยื่นรับสวัสดิการภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่บุตรคลอด)

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก รับสวัสดิการได้ครั้งละไม่เกิน 7 คืน คืนละ 300 บาท

รับสวัสดิการจำนวน.....คืน เป็นเงิน.....บาท

(แบบสำเนาหลักฐานวันที่เข้ารักษาพยาบาล ถึง วันที่ออก) (รับสวัสดิการภายใน 120 วัน นับตั้งแต่ออกจากสถานพยาบาล)

สวัสดิการคนโสด รับเงินสวัสดิการ 2,000 บาท (รับเพียงครั้งเดียว)

เกิดวันที่.....อายุ 55 ปี บริบูรณ์ และเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าผู้บังคับบัญชา ชื่อ-สกุล.....

ขอรับรองว่าผู้ขอรับสวัสดิการเป็นโสดไม่เคยมีคู่สมรสทั้งทางพฤตินัยและนิตินัย

(ลงชื่อ).....ตำแหน่ง.....

(แบบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก) (ยื่นรับสวัสดิการภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่อายุครบ 55 ปี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและเอกสารหลักฐานที่ยื่นต่อสหกรณ์เป็นความจริงทุกประการ หากเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สมาชิกเลขที่.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย
<input type="checkbox"/> ตรวจสอบแล้วถูกต้องเห็นควรพิจารณาอนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติเบิกจ่ายสวัสดิการ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (ลงชื่อ)..... วันที่.....

การรับเงินประกันสังคมกรณีสงเคราะห์บุตร
(เหมาจ่ายเดือนละ 800 บาทต่อบุตรหนึ่งคน จำนวนคราวละไม่เกิน 3 คน)

หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์

1. ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน (หมายความว่า ก่อนเดือนที่คลอดบุตรให้นับย้อนหลังกลับไป 36 เดือน หากผู้ประกันตนส่งเงินสมทบให้กับประกันสังคมครบ 12 เดือน ไม่ว่าจะต่อเนื่องกันหรือไม่) สิทธิที่ท่านจะได้รับเงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 800 บาทต่อบุตรหนึ่งคน
2. เงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 800 บาทต่อบุตรหนึ่งคน จะจ่ายให้สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมาย ยกเว้น บุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น และบุตรมีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปีบริบูรณ์ จำนวนคราวละไม่เกิน 3 คน

**** หมายเหตุ **** - ผู้ประกันตนเป็นผู้ทุพพลภาพหรือถึงแก่ความตาย ในขณะที่บุตรมีอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปีบริบูรณ์ จะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนต่อจนอายุ 6 ปีบริบูรณ์

หลักฐานที่จะต้องเตรียม มีดังนี้

- กรณีผู้ประกันตนหญิง แนบเอกสารดังนี้
 1. แบบ สปส. 2-01
 2. สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน จำนวน 1 ชุด
 4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและและบัญชีของผู้ประกันตน
- กรณีผู้ประกันตนเป็นผู้ชาย แนบเอกสารดังนี้
 1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร (สปส. 2-01)
 2. สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกันตน จำนวน 1 ชุด
 4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน (ต้องเป็นบัญชีที่ผูกพร้อมเพย์กับบัตรประชาชน)
 5. สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้ายของผู้ประกันตน หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาล ให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย (**กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรส ให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส**)

การหมดสิทธิรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร

- เมื่อบุตรมีอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์
- บุตรเสียชีวิต
- ยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรมของคนอื่น
- ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

ขั้นตอนการขอรับประโยชน์ทดแทน

1. ผู้ประกันตนต้องกรอกแบบ สปส.2-01 พร้อมลงลายมือชื่อและนำมายื่นที่สำนักงานประกันสังคม

(กรณีผู้ประกันตนยื่นคำขอรับประโยชน์ ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรสำหรับบุตร 3 คน ในคราวเดียวกันสามารถใช้แบบคำขอ สปส.2-01 ชุดเดียวกันได้)

2. เจ้าหน้าที่ตรวจหลักฐานและพิจารณาอนุมัติ
3. สำนักงานประกันสังคมมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา
4. พิจารณาส่งจ่าย จ่ายเป็นรายเดือนโดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ของผู้ขอรับประโยชน์ทดแทน

ที่มาข้อมูล : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

การรับเงินประกันสังคมกรณีคลอดบุตร
(เหมาะจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง)

หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์

1. ผู้ประกันตน จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนเดือนคลอดบุตร (ก่อนเดือนที่คลอดบุตรให้นับย้อนหลังกลับไป 15 เดือน หากผู้ประกันตนส่งเงินสมทบให้กับประกันสังคมครบ 5 เดือน ไม่ว่าจะต่อเนื่องกันหรือไม่) มีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรได้
2. คลอดบุตรที่ได้ก็ได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาะจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตน ในอัตรา 15,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง
3. สำหรับผู้ประกันตนหญิงมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาะจ่าย ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน (โดยคิดจากฐานค่าจ้างที่นำส่งประกันสังคม ฐานสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000.- บาท) จำกัดไม่เกิน 2 ครั้ง
เช่น กรณีได้รับเงินเดือน 15,000.- บาท จะได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงาน 22,500.- บาท
4. สำหรับการใช้สิทธิบุตรคนที่ 3 จะไม่ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาะจ่าย

****หมายเหตุ**** กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกัน ไม่จำกัดจำนวนบุตร/ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก

ตรวจสอบสำเนาสูติบัตรบุตรคนที่จะใช้สิทธิ

1. กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ให้ตรวจสอบชื่อมารดาของบุตรในสูติบัตรว่าถูกต้องตรงกับชื่อ-ชื่อสกุล ของผู้ประกันตนหรือไม่
2. กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ให้ตรวจสอบชื่อบิดาของบุตรในสูติบัตรว่าถูกต้องตรงกับชื่อ-ชื่อสกุล ของผู้ประกันตนหรือไม่ และตรวจสอบชื่อมารดาของบุตรในสูติบัตรว่าถูกต้องตรงกับชื่อ-ชื่อสกุล ของคู่สมรส หรือหญิงซึ่งอยู่กินฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนตามทะเบียนสมรสหรือหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรสหรือไม่
3. ถ้าไม่ถูกต้องตรงกัน เนื่องจากสูติบัตรพิมพ์ผิดให้ผู้ประกันตนนำสูติบัตรกลับไปให้หน่วยงานที่ออกสูติบัตรแก้ไข ถ้าไม่ถูกต้องตรงกันเนื่องจากการมีการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล ให้ขอสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น ใบหย่า

หลักฐานที่จะต้องเตรียม มีดังนี้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน สปส. 2-01 ผู้ประกันตนกรอกข้อความครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ
2. กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ใช้สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
3. กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ใช้สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส
4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกันตน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้
5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน และต้องเป็นบัญชีที่ลงทะเบียนพร้อมเพย์ผูกกับเลขบัตรประจำตัวประชาชน

****หมายเหตุ**** หากผู้ขอรับประโยชน์ทดแทนไม่พอใจคำสั่งจ่ายประโยชน์ทดแทน สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

ขั้นตอนการขอรับประโยชน์ทดแทน

1. ผู้ประกันตนต้องกรอกแบบ สปส. 2-01 พร้อมลงลายมือชื่อและนำมายื่นหรือให้ผู้อื่นมายื่นที่สำนักงานประกันสังคม
2. เจ้าหน้าที่ตรวจหลักฐานและพิจารณาอนุมัติ
3. สำนักงานประกันสังคมมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา

พิจารณาสั่งจ่าย

1. เงินสด/เช็ค (ผู้มีสิทธิมาขอรับด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน)
2. ส่งธนาคัติให้ผู้ประกันตน
3. โอนเข้าบัญชีธนาคารตามบัญชีของผู้ขอรับประโยชน์ทดแทน

ที่มาข้อมูล : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

ค่าตรวจและค่าฝากครรภ์ จำนวน 5 ครั้ง เป็นเงิน 1,500.- บาท

1. อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500.- บาท
2. อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300.- บาท
3. อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 28 สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300.- บาท
4. อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 32 สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200.- บาท
5. อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 40 สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200.- บาท

หลักฐานที่จะต้องเตรียม มีดังนี้

1. ใบเสร็จค่าฝากครรภ์
2. ใบรับรองแพทย์การฝากครรภ์

ที่มาข้อมูล : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

งานทรัพยากรบุคคล คณะทรัพยากรธรรมชาติและ



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอด้านหลัง

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

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

3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขา..... คณะทรัพยากรธรรมชาติ

4. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคาร..... ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้นำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

ประสบนัตตายหรือเจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ.....

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

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

คลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้

สงเคราะห์บุตร

ทูพพลภาพ เงินทดแทนการขาดรายได้
 ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ค่าพาหนะ

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

ตาย ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์กรณีตาย

ชราภาพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบนัตตายหรือเจ็บป่วย และกรณีทูพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ประสบนัตตายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....นาย นนทชัย ละออองโชค.....)
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)

กรณีบ้านาณชราภาพ • 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. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องขอสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

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

ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

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

เป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณี.....เลขที่รับแจ้ง.....

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

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

ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

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

เป็นผู้รับเงินประโยชน์ทดแทน จำนวน.....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการจึง
ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชน
ของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

