

คู่มือสำหรับประชาชน

ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวก
ในการพิจารณา
อนุญาตของทางราชการ
พ.ศ. ๒๕๕๘



สำนักงานประกันสังคม



สำนักงานประกันสังคม
กระทรวงแรงงาน
มีนาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

	หน้า
กระบวนการให้บริการคู่มือประชาชนของสำนักงานประกันสังคม และระยะเวลาแล้วเสร็จ จำนวน 36 กระบวนการ	1
หมวดการขึ้นทะเบียน	
1. การขึ้นทะเบียนนายจ้างกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน	3
2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39	8
3. การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40	12
หมวดการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง	
4. การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง	16
5. การเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39	19
6. การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40	23
หมวดการชำระเงินสมทบ	
7. การชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง	27
8. การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)	32
9. การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39	35
10. การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40	38
หมวดการขอรับคืนเงินสมทบ	
11. การขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม	41
12. การขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม	45
13. การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)	49
14. การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)	53
หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม	
15. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	58
16. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม	63
17. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร	67
18. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ	71
19. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย	76
20. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)	80

หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

21.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร	85
22.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ	89
23.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีว่างงานเหตุสุดวิสัย	95
24.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	99
25.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีทุพพลภาพ	104
26.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย	108
27.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ	112
28.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีเงินสงเคราะห์บุตร	117

หมวดการขอรับเงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทน

29.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล)	121
30.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)	126
31.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)	131
32.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)	136
33.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)	141
34.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)	146
35.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)	151

หมวดการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาล

36.	กำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์	157
-----	--	-----

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบฟอร์ม	160
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	223

**กระบวนการให้บริการคู่มือสำหรับประชาชนของสำนักงานประกันสังคม
ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558**

งานบริการ จำนวน 36 กระบวนการ

**ระยะเวลาแล้ว
เสร็จ**

หมวดการขึ้นทะเบียน

- | | |
|--|---------|
| 1. การขึ้นทะเบียนนายจ้างกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน | 20 นาที |
| 2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39 | 20 นาที |
| 3. การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 | 15 นาที |

หมวดการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

- | | |
|--|---------|
| 4. การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง | 20 นาที |
| 5. การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 | 5 นาที |
| 6. การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40 | 5 นาที |

หมวดการชำระเงินสมทบ

- | | |
|---|-------------|
| 7. การชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง | 10 นาที/ราย |
| 8. การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33) | 10 นาที/ราย |
| 9. การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39 | 10 นาที/ราย |
| 10. การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 | 10 นาที/ราย |

หมวดการขอรับคืนเงินสมทบ

- | | |
|---|---------|
| 11. การขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม | 70 นาที |
| 12. การขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม | 25 นาที |
| 13. การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40
(กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต) | 40 นาที |
| 14. การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40
(กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต) | 80 นาที |

หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

- | | |
|---|---------|
| 15. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย | 35 นาที |
| 16. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม | 25 นาที |
| 17. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร | 15 นาที |
| 18. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ | 25 นาที |
| 19. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย | 35 นาที |
| 20. การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย) | 45 นาที |

งานบริการ จำนวน 36 กระบวนงาน

**ระยะเวลาแล้ว
เสร็จ**

หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม

21.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร	20 นาที
22.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ	35 นาที
23.	การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีว่างงานเหตุสุดวิสัย	30 นาที
24.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	25 นาที
25.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีทุพพลภาพ	25 นาที
26.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย	40 นาที
27.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ	25 นาที
28.	การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีสงเคราะห์บุตร	40 นาที

หมวดการขอรับเงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทน

29.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล)	30 นาที
30.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)	30 นาที
31.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)	25 นาที
32.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)	40 นาที
33.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)	30 นาที
34.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)	30 นาที
35.	การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)	60 นาที

หมวดการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาล

36.	การกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์	3 นาที
-----	---	--------

หมวดการขึ้นทะเบียน

คู่มือสำหรับประชาชน : การขึ้นทะเบียนนายจ้างกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จะต้องขึ้นทะเบียนนายจ้างพร้อมกับขึ้นทะเบียนลูกจ้างเป็นผู้ประกันตนภายใน 30 วันนับแต่มีลูกจ้าง
2. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติมกำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่ยื่นแบบรายการขึ้นทะเบียนนายจ้างวิธีการยื่นแบบรายการ การจ่ายเงินสมทบ ณ สำนักงานแห่งท้องที่ที่นายจ้างยื่นแบบขึ้นทะเบียนภายใน 30 วัน นับแต่วันที่นายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ

หมายเหตุ:

1. กรณีนายจ้างยื่นคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะทำหนังสือแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนนายจ้างทางอิเล็กทรอนิกส์ (เฉพาะนิติบุคคล) กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (เว็บไซต์ www.dbd.go.th)/เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์ (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 20 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง/ ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอเจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสารประกอบการ ขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) (หมายเหตุ: -)	3 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา พิจารณาคำขอ กำหนดรหัสประเภทกิจการ กำหนดอัตราเงินสมทบ ประเมินเงินสมทบ และบันทึกข้อมูลทะเบียนสถานประกอบการจากแบบ สปส.1-01 (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ อนุมัติและมีหนังสือแจ้งผลการขึ้นทะเบียนนายจ้าง ซึ่งกำหนดเลขที่บัญชีนายจ้าง/ประเภทกิจการ/อัตราเงินสมทบและใบประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน (หมายเหตุ: -)	2 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง (กรณีนิติบุคคล) ดังนี้ 1. กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน 2. กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐาน การได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1. การมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2. เอกสารแต่ละประเภทขึ้นอยู่กับประเภทธุรกิจและลักษณะของนายจ้าง 3. กรณีนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงให้แนบสัญญาว่าจ้าง)	กรมการปกครอง
4)	หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง (กรณีบุคคลธรรมดา) กรณีเจ้าของคนเดียว ใช้บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (1.การมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด)	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2.เอกสารแต่ละประเภทขึ้นอยู่กับประเภทธุรกิจและลักษณะของนายจ้าง 3.กรณีนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงให้แนบสัญญาว่าจ้าง)	
5)	หลักฐานแสดงตัวนายจ้าง (กรณีกิจการร่วมค้า) มีดังนี้ 1. กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน 2. กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1.การมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2.เอกสารแต่ละประเภทขึ้นอยู่กับประเภทธุรกิจและลักษณะของนายจ้าง 3.กรณีนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงให้แนบสัญญาว่าจ้าง)	กรมการปกครอง
6)	หนังสือสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
7)	นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น กรณีห้างหุ้นส่วนสามัญ/นิติบุคคล อาคารชุด/หมู่บ้าน/มูลนิธิ/สมาคม/สหกรณ์ เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบเพิ่มเติม ดังนี้ ข้อบังคับ และรายงานการประชุม แต่งตั้งผู้จัดการ หรือหนังสือจัดตั้งฯ หรือหนังสือรับรองการประชุม ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

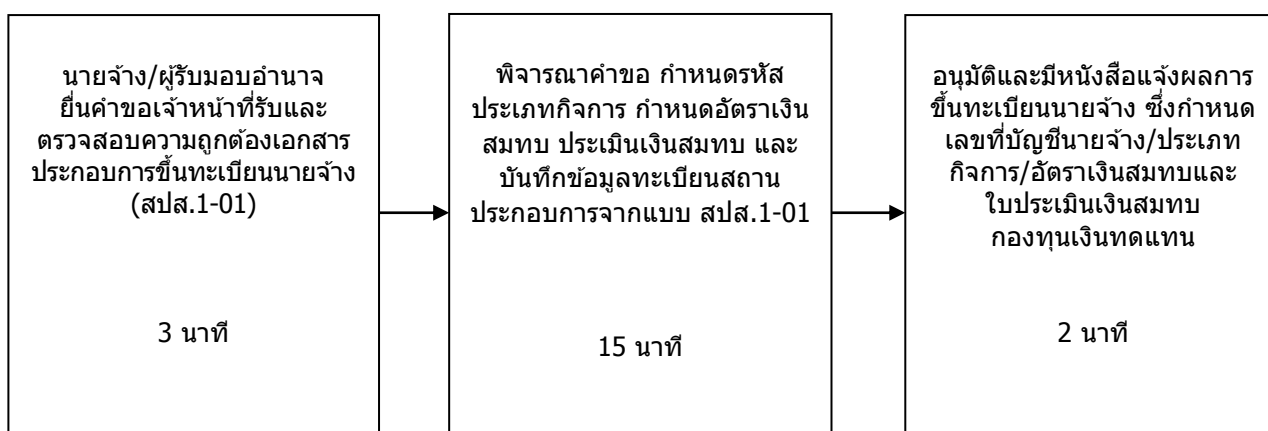
ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตั้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง สปส.1-01 (หมายเหตุ: -)
2)	หนังสือมอบอำนาจ (หมายเหตุ: -)
3)	สปส.1-02 หนังสือนำเสนอแบบขึ้นทะเบียนผปด. (สปส.1-03) (หมายเหตุ: -)
4)	สปส.1-03 แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (หมายเหตุ: -)

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขึ้นทะเบียนนายจ้างกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน



สรุป รวมระยะเวลา 20 นาที

หมายเหตุ : ไม่นับระยะเวลาในการดำเนินการเกี่ยวกับลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33
ไม่นับระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลผู้ประกันตนตามมาตรา 33

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	- แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) - ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจ - หนังสือส่งแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) สปส.1-02 - แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สปส.1-03

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เมื่อออกจากงานและประสงค์จะประกันตนเองสามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ได้

คุณสมบัติของผู้สมัคร

เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 นำส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และออกจากงานไม่เกิน 6 เดือน

การยื่นใบสมัคร

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

- เงินสมทบที่ต้องนำส่งสำนักงานประกันสังคมเดือนละ 432 บาทต่อเดือน เงินที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ คือ
เดือนละ 4,800 บาท เท่ากันทุกคน โดยคิดจากอัตราเงินสมทบ 9 % ($4,800 \times 9\% = 432$ บาทต่อเดือน)

- สิทธิประโยชน์ ผู้ประกันตนจะได้รับ ความคุ้มครอง 6 กรณี (กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย
กรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ) ต่อเนื่องจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33

เหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 สิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน

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

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้
ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้ง
ให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/
เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไข
คำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้น
เรียบร้อยแล้ว
3. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ
ประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 20 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารความครบถ้วน และถูกต้องของแบบคำขอและเอกสารประกอบ และตรวจสอบข้อมูล การเป็นผู้ประกันตนและข้อมูลการนำส่งเงินสมทบ (หมายเหตุ: (กรณีนายจ้างยังไม่ได้แจ้งลาออกให้แก่ผู้ประกันตน หรือมีการนำส่งเงินสมทบไม่ครบ 12 เดือน หรือสงสัยว่าผู้ประกันตน เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จริงหรือไม่ ต้องทำการแจ้งนายจ้าง ให้แจ้งลาออกให้แก่ผู้ประกันตนก่อน หรือต้องทำการตรวจสอบ การนำส่งเงินสมทบ หรือตรวจสอบนิติสัมพันธ์การเป็นนายจ้าง/ลูกจ้าง ก่อนการรับสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39))	10 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลแบบแสดงความจำนงขอเป็นผู้ประกันตน มาตรา 39 (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่อนุมัติการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 39 (สปส. 1-20) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีประสงค์จะชำระเงินสมทบโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ให้ แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้า แรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประสงค์สมัครเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 39 พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1. ธนาคารที่ให้บริการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ต้องรับรองลายมือชื่อ เจ้าของบัญชีจากธนาคารมาก่อน) 2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้อง ของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงาน เจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-

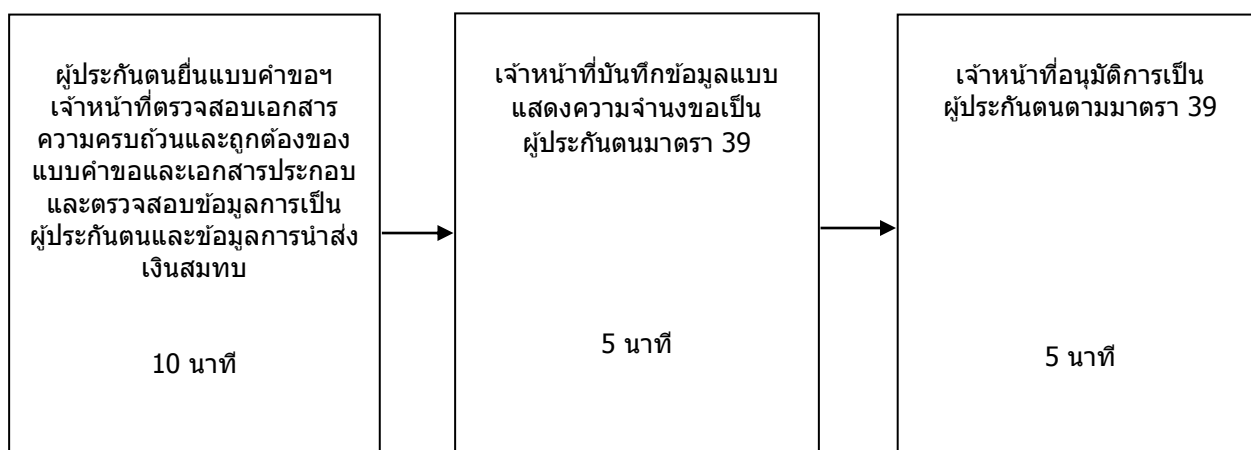
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 39



สรุป รวมระยะเวลา 20 นาที

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

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การรับสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ประชาชนผู้ประกอบอาชีพอิสระ สามารถยื่นคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้ โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
2. มีสัญชาติไทย หรือ
3. เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขหลักแรกเป็นเลขหกหรือเลขเจ็ด หรือ
4. เป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเพื่อการส่งกลับ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลขศูนย์ ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (ยกเว้นผู้ที่มีเลขประจำตัว) หลักแรกและหลักที่สองเป็นเลขศูนย์
5. ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39
6. ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น
7. หากเป็นบุคคลซึ่งเป็นผู้พิการ ให้ระบุลักษณะหรืออาการของผู้พิการโดยละเอียด (ยกเว้นผู้พิการทางสติปัญญา และผู้พิการที่ไม่อาจรับรู้สิทธิที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไม่สามารถสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้)

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามบันทึกความบกพร่องและรายการเอกสาร/หลักฐานร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมเพิ่มเติมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ www.sso.go.th/เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์ (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 15 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่รับแบบและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ของแบบคำ ขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) และเอกสาร ประกอบ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอ บันทึกการขึ้นทะเบียนและอนุมัติการขึ้น ทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในระบบสารสนเทศมาตรา 40 (หมายเหตุ: -)	10 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
3)	กรณีประสงค์จะชำระเงินสมทบโดยหักบัญชีเงินฝาก ให้แนบเอกสาร ดังนี้ 1) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขบัญชีของผู้ประสงค์สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2) หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (หมายเหตุ : กรณีประสงค์จะชำระเงินสมทบโดยหักบัญชีเงินฝาก สามารถเลือกธนาคารที่ให้บริการหักบัญชีผ่านธนาคาร ได้แก่ ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารสีกกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน)	

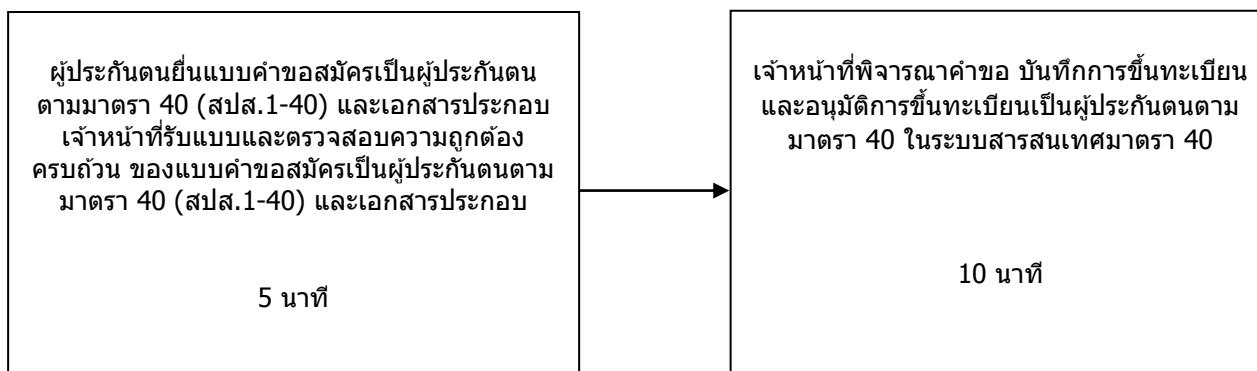
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40



สรุป รวมระยะเวลา 15 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40)
-	หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

หมายเหตุ

-

หมวดการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

คู่มือสำหรับประชาชน : การเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. ในกรณีที่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อความ ในแบบรายการที่ได้ยื่นไว้ต่อสำนักงานเปลี่ยนแปลงไป พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่แจ้งเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการเป็นหนังสือตามแบบ สปส. 6-15 ภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. การเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ย้ายสถานประกอบการ หยุดกิจการชั่วคราว เลิกประกอบกิจการ เปลี่ยนแปลงชื่อ สถานประกอบการ เปลี่ยนแปลงผู้มีอำนาจลงนาม เปลี่ยนแปลงผู้รับมอบอำนาจ เพิ่มจำนวนสาขา ยกเลิกสาขา เปลี่ยนแปลงสถานที่นำส่งเงินสมทบ เป็นต้น

หมายเหตุ:

1. ในกรณีที่นายจ้างยื่นคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้นผู้ยื่นคำขอฯและผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการคืน คำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ผ่าผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนสำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 20 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้างยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่บันทึกและแก้ไขตามแบบเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง (สปส.6-15) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (หากนายจ้างแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงในกรณีหยุด กิจการชั่วคราว, เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ, เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม, ยกเลิกสาขา, เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ, รายการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ จะไม่มีเอกสารเพิ่มเติม)	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีย้ายสถานประกอบการ ใช้แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถาน ประกอบการ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	กรณีเลิกประกอบกิจการ (บุคคลธรรมดาหรือเจ้าของคนเดียว) กรณีเสียชีวิตใช้สำเนาใบมรณบัตร สำเนาหลักฐานการแจ้งเลิก กิจการกับหน่วยงานราชการ ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรอง ความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-
4)	กรณีเปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ ใช้สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบ อำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (หนังสือมอบอำนาจ ให้ติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวล รัษฎากรกำหนดและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ)	-
5)	กรณีเพิ่มจำนวนสาขา ใช้แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถาน ประกอบการ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

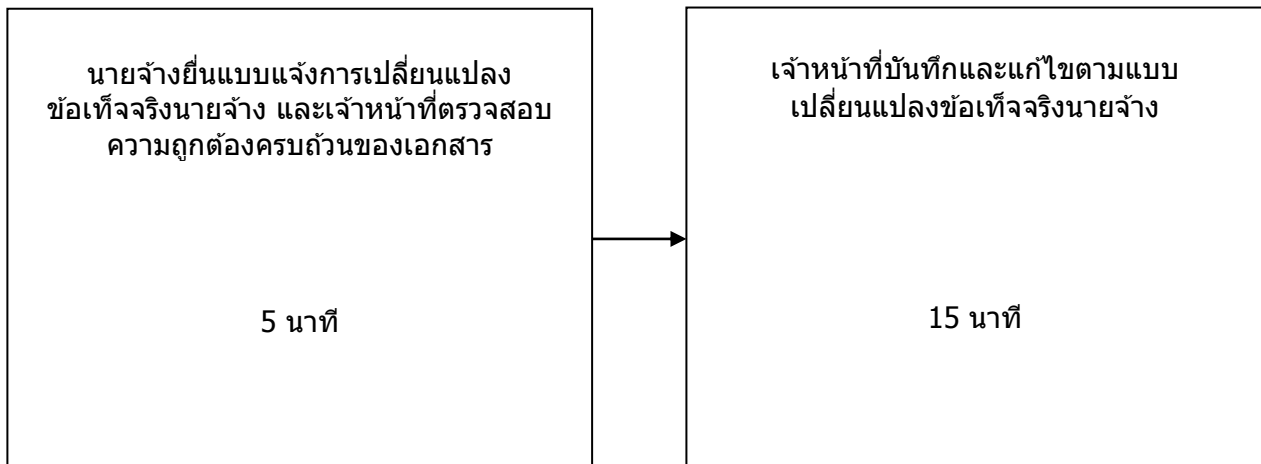
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง



สรุป รวมระยะเวลา 20 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง (สปส.6-15)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนมาตรา 33 และมาตรา 39

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ในกรณีที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และ มาตรา 39 มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่เคยแจ้งไว้แก่สำนักงานประกันสังคม ทุกกรณี ต้องแจ้งต่อสำนักงานประกันสังคม โดยใช้แบบฟอร์ม ดังนี้

(1) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 33

- ลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนในนายจ้างยื่นแบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส. 6-09) ภายใน วันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง

(2) กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 39

- ลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนหรือกลับเข้าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ให้ผู้ประกันตนยื่นแบบการแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (แบบ สปส.1-21)

- เปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อให้ผู้ประกันตนยื่นแบบแจ้งเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ (แบบ สปส.1-34)

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

หมายเหตุ :

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

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯจะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 5 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง/ผู้ประกันตน/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารความครบถ้วนถูกต้องของแบบคำขอ และเอกสารประกอบและบันทึกการขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนในระบบ Online (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	- แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (สปส.1-21) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	- แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ (สปส.1-34) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	- แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
4)	- แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
5)	- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่มีรูปถ่ายที่ใช้แทนบัตร ประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
6)	- กรณีเปลี่ยนสถานภาพครอบครัว (โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่) - สำเนาทะเบียนสมรส - สำเนาทะเบียนหย่า (จำเป็นต้องใช้) - ใบมรณะบัตรของคู่สมรส ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
7)	- กรณีเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย บัตรประจำตัวคนพิการ หรือ เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานปลัดกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์
8)	- กรณีเป็นคนต่างด้าวให้แนบเอกสารดังต่อไปนี้ประกอบเพิ่มเติม (1) กรณีเปลี่ยนคำนำหน้า (นาย,นาง,นางสาว) - สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว (กรณีเป็นคนต่างด้าว) - สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) (2) กรณีเปลี่ยนชื่อ - สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว	กรมการจัดหางาน

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว(กรณีเป็นคนต่างด้าว) - สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) - ฉบับจริง 0 ฉบับ - สำเนา 1 ฉบับ - หมายเหตุ -	
9)	กรณีเปลี่ยนชื่อสกุล - สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล - สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว (กรณีเป็นคนต่างด้าว) - สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) - ฉบับจริง 1 ฉบับ - สำเนา 1 ฉบับ - หมายเหตุ -	กรมการจัดหางาน

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนมาตรา 33 และมาตรา 39

นายจ้าง/ผู้ประกันตน/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอฯ
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารความครบถ้วนถูกต้องของ
แบบคำขอ และเอกสารประกอบและบันทึกรายการขอ
เปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนในระบบ Online

5 นาที

สรุป รวมระยะเวลา 5 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	- แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (สปส.1-21) - แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ (สปส.1-34) - แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) - แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

การแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. กรณีผู้ประกันตนต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง เช่น การเปลี่ยนค่านำหน้านาม การเปลี่ยนแปลงชื่อ - สกุล เปลี่ยนแปลง เลขบัตรประจำตัวประชาชน เปลี่ยนแปลงที่อยู่ ให้ยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

2. กรณีผู้ประกันตนมีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงสำนักงานประกันสังคมรับผิดชอบ ให้ยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

การแจ้งการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ผู้ประกันตน มีสิทธิเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบได้ปีละ 1 ครั้ง ได้ตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม ของทุกปี โดยให้มีผลในการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ ตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดจากเดือนที่ยื่นเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40

2. กรณีผู้ประกันตนมีความประสงค์จะจ่ายเงินสมทบทางเลือกใหม่ ก่อนถึงเดือนที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงทางเลือก ผู้ประกันตนไม่สามารถนำส่งเงินสมทบก่อนถึงเดือนที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงทางเลือกได้

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

การแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

กรณีผู้ประกันตนมีความประสงค์จะลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ยื่นแบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 – 12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา โดยให้มีผลนับแต่วันที่ ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

หมายเหตุ :

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

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ผ่าผู้ยื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอ จะดำเนินการแก้ไขคำขอ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่ แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (ไม่มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 5 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการ เปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) หรือแบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่รับ แบบและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบคำขอ และ เอกสารประกอบและบันทึก ประวัติการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงใน ระบบสารสนเทศมาตรา 40 (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและทางเลือก การนำส่งเงิน สมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
4)	ทะเบียนสมรส/ทะเบียนหย่า ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
5)	แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตุ้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนตามมาตรา 40

ผู้ประกันตนยื่นแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง
และการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1)
หรือแบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน
ตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2) และเอกสารประกอบ
เจ้าหน้าที่รับแบบและตรวจสอบความถูกต้อง
ครบถ้วนของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบ
และบันทึกประวัติการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง
ในระบบสารสนเทศมาตรา 40

5 นาที

สรุป 1 จุดบริการ 1 ขั้นตอน รวมระยะเวลา 5 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	การแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1)
-	แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2)

หมายเหตุ

-

หมวดการชำระเงินสมทบ

คู่มือสำหรับประชาชน : การชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติมนายจ้าง หมายถึง ผู้ซึ่งตกลงรับลูกจ้างเข้าทำงาน โดยจ่ายค่าจ้างให้และหมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำงานแทนนายจ้างในกรณีที่นายจ้างเป็นนิติบุคคลให้หมายความรวมถึงผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลและผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลให้ทำการแทนด้วย ซึ่งในปีแรกนายจ้างมีหน้าที่ต้องชำระเงินสมทบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่นายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ สำหรับปีถัดไปนายจ้างมีหน้าที่ต้องชำระเงินสมทบ ภายในวันที่ 31 มกราคมของแต่ละปีหากพ้นระยะเวลาที่กำหนด นายจ้างต้องชำระเงินเพิ่มตามกฎหมายร้อยละสองต่อเดือน ของจำนวนเงินสมทบที่ต้องจ่าย นอกจากนี้นายจ้างต้องรายงานค่าจ้างกองทุนเงินทดแทนของปีที่ผ่านมาต่อสำนักงานประกันสังคมโดยกรอกข้อมูลจำนวนค่าจ้างที่จ่ายจริงให้กับลูกจ้างทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคมของปีที่ผ่านมา และจำนวนลูกจ้าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม พร้อมกรอกแบบคำนวณค่าจ้างเพื่อประกอบการรายงานค่าจ้าง ภายในเดือนกุมภาพันธ์ โดยยื่นได้ที่สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขาที่นายจ้างตั้งอยู่

นายจ้างมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนตามใบแจ้งประเมินแต่ละประเภทดังนี้

1. ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี (กท.26 ก) กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 มกราคม ของทุกปี
2. ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี (กองทุนเงินทดแทน) (กท.25 ค) กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 มีนาคม ของทุกปี
3. ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กองทุนเงินทดแทน) (กท.25 ก) กำหนดชำระเงินภายใน 30 วันนับแต่วันที่ออกใบแจ้งเงินสมทบฯ (เว้นแต่ไม่รายงานค่าจ้างหรือรายงานค่าจ้างเกินกำหนดให้ชำระเงินภายในวันที่ 31 มีนาคม ของปี)
4. ใบแจ้งประเมินเงินฝาก (กท.23) กำหนดชำระเงินภายในเดือนมกราคม
5. ใบแจ้งเงินสมทบประจำงวด กองทุนเงินทดแทน (กท.26 ข) แบ่งชำระเงินสมทบเป็น 4 งวด คือ เงินสมทบงวด 1 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 30 เมษายน เงินสมทบงวด 2 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 กรกฎาคม เงินสมทบงวด 3 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 ตุลาคม และเงินสมทบงวด 4 กำหนดชำระเงินภายในวันที่ 31 มกราคมของปีถัดไป

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอ และผู้ยื่นคำขอ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอ จะดำเนินการคืนคำขอ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอ จะดำเนินการแก้ไขคำขอ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ ธนาคารกรุงไทย/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์ธนาคาร 2 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 09:00 - 15:00 น.
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์เซอร์วิส (ร้าน 7-eleven และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์เคาน์เตอร์เซอร์วิส) /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์โลดส์ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิด ทำการ ขึ้นอยู่กับการให้บริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ ทุกวัน (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 10:00 - 22:00 น.
สถานที่ให้บริการ ระบบอินเทอร์เน็ต (e-payment) ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย ธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารดอยซ์แบงก์ ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) และชำระเงินโดยบัตรเครดิต/เดบิต MasterCard ผ่านบริการของเคาน์เตอร์เซอร์วิส (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ - ธ.กรุงไทย เปิดให้บริการตลอด 24 ชม. - ธ.กรุงเทพ ตั้งแต่เวลา 00.01 น. - 20.00 น.ของ แต่ละวัน - ธ.ทหารไทยธนชาติ ตั้งแต่เวลา 06.00 น.- 22.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.ดอยซ์แบงก์ ตั้งแต่เวลา 07.00 น.- 20.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.กสิกรไทย ผ่านบริการ Online Direct Debit (ODD) ตั้งแต่เวลา 00.03 น. ถึงเวลา 21.30 น. ของแต่ละวัน และผ่านบริการ Bill Payment ช่องทาง K Cash connect Plus ตั้งแต่เวลา 06.00 น. ถึงเวลา 20.00 น. ของแต่ละวัน - ชำระเงินโดยบัตรเครดิต/เดบิต MasterCard ผ่านบริการของเคาน์เตอร์เซอร์วิส เปิดให้บริการ 24 ชม.

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 10 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้างยื่นใบแจ้งประเมินเงินสมทบประจำปี หรือใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปีหรือใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี หรือใบแจ้งประเมิน เงินฝาก หรือใบแจ้งเงินสมทบ ประจํางวดและเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสดหรือเช็ค (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา บันทึกการชำระเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้นายจ้าง (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี (กท.26 ก) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	แบบแสดงเงินค่าจ้างประจำปีกองทุนเงินทดแทน (กท.20 ก) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี กองทุนเงินทดแทน (กท.25 ค) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
4)	ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กองทุนเงินทดแทน) (กท.25 ก) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
5)	ใบแจ้งประเมินเงินฝาก (กท.23) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
6)	ใบแจ้งเงินสมทบประจํางวด กองทุนเงินทดแทน (กท.26 ข) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

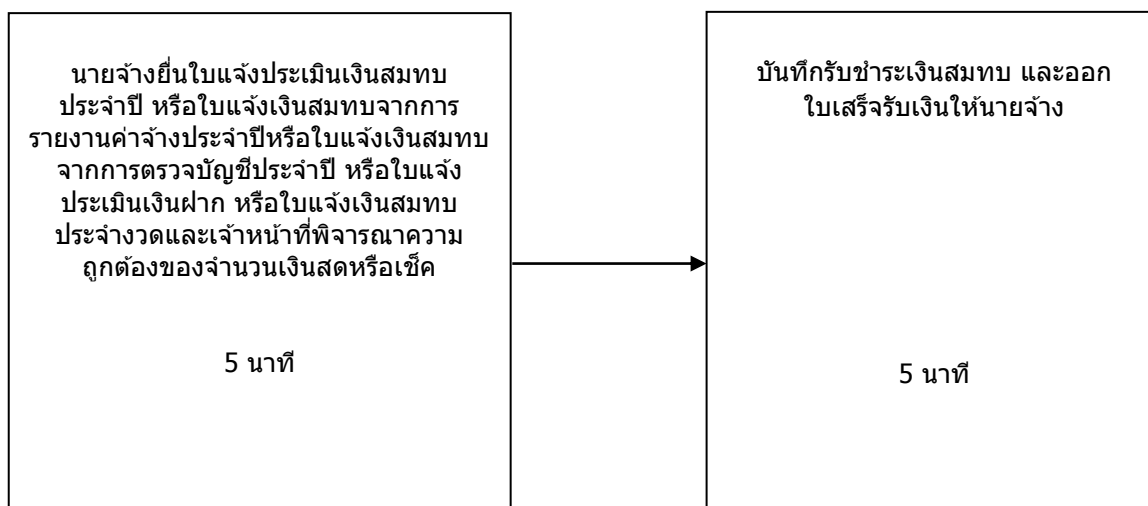
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส/โลดส์ เสียค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท สำหรับช่องทางอื่น ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	10 บาท
2)	ธนาณัติทางไปรษณีย์ (หมายเหตุ: (เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษณีย์กำหนด))	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศาลปกครอง (หมายเหตุ: -)
5)	ศูนย์ดำรงธรรม (หมายเหตุ: -)
6)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
7)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนของนายจ้าง



สรุป รวมระยะเวลา 10 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้มีการจัดเก็บเงินสมทบเข้า “กองทุนประกันสังคม” จาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ผู้ประกันตน และรัฐบาล ซึ่งในการชำระเงินสมทบของนายจ้างและผู้ประกันตนตามมาตรา 33 กฎหมายกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้นำส่งเงินสมทบโดยหักเงินค่าจ้างของลูกจ้าง เพื่อนำส่งเป็นเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและจ่ายในส่วนของนายจ้าง ทั้งนี้ นายจ้างมีหน้าที่หักเงินสมทบนำส่งสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบไว้พร้อมทั้งยื่นรายการแสดงการส่งเงินสมทบตามแบบที่กำหนด หากนายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบในส่วนของตนหรือในส่วนของผู้ประกันตนหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนด ต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่นายจ้างยังมิได้นำส่งหรือของจำนวนเงินสมทบที่ยังขาดอยู่นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ ธนาณัติทางไปรษณีย์/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์ธนาคาร 2 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 09:00 - 15:00 น.
สถานที่ให้บริการ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-payment) ได้แก่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารซีทีแบงก์ เอ็น. เอ. ธนาคารมิซูโฮ จำกัด สาขากรุงเทพฯ ธนาคารซูมิโตโม มิตรชัย แบงกิ้ง คอร์ปอเรชั่น ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารดอยซ์แบงก์ ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารบีเอ็นพี พาริสาส์ และชำระเงินโดยตัด บัตรเครดิต/เดบิต MasterCard ผ่านบริการของเคาน์เตอร์เซอร์วิส (หมายเหตุ : สำหรับช่องทาง National Single Window (NSW) ของธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ - ธ.กรุงไทย เปิดให้บริการตลอด 24 ชม. - ชำระเงินโดยตัดบัตรเครดิต/เดบิต MasterCard ผ่านบริการของเคาน์เตอร์เซอร์วิส เปิดให้บริการ ตลอด 24 ชม. - ธ.กรุงศรีอยุธยา และ ธ.ซีทีแบงก์ ตั้งแต่เวลา 8.30 น. ของวันก่อน - 22.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.มิซูโฮ ตั้งแต่เวลา 00.30 น. ของวันก่อนถึง 16.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.ซูมิโตโม ตั้งแต่เวลา 08.30 น. ของวันก่อนถึง 15.30 น. ของแต่ละวัน - ธ.ไทยพาณิชย์ ตั้งแต่เวลา 00.01 น. ของวันก่อนถึง 24.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.กสิกรไทย ตั้งแต่เวลา 06.00 น. ของวันก่อนถึง 21.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.กรุงเทพ ตั้งแต่เวลา 00.01 น. - 20.00 น. ของ แต่ละวัน - ธ.ดอยซ์แบงก์ ตั้งแต่เวลา 07.00 น. - 20.00 น. ของ แต่ละวัน - ธ.ทหารไทยธนชาติ ตั้งแต่เวลา 06.00 น. - 22.00 น. ของแต่ละวัน - ธ.บีเอ็นพี พาริสาส์ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 17.00 น. ของแต่ละวัน

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 10 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร กรณียื่นแบบ สปส.1-10 ส่วนที่ 1 หรือ สปส.1 - 10/1 (กรณียื่นรวมสาขา) และ สปส.1-10 ส่วนที่ 2 หรือข้อมูลด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หน้าเคาน์เตอร์การเงิน และเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสด/เช็ค (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา บันทึกรับชำระเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้นายจ้าง (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ สปส. 1-10 (ส่วนที่1) และ (ส่วนที่ 2) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบ กรณียื่นรวม สปส.1-10/1 ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

ค่าธรรมเนียม

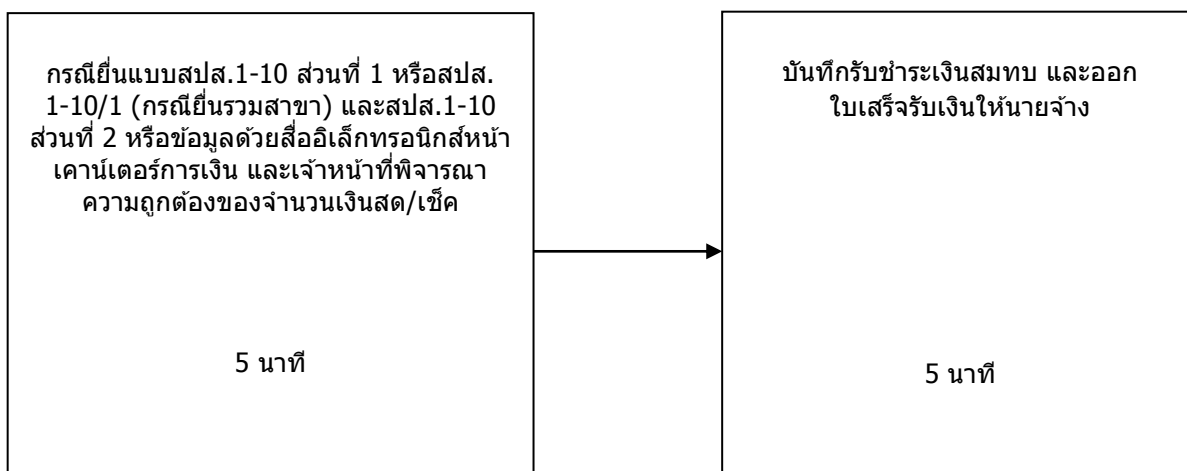
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-
2)	ธนาคารได้ทางไปรษณีย์ (หมายเหตุ: (เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษณีย์กำหนด))	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศาลปกครอง (หมายเหตุ: -)
5)	ศูนย์ดำรงธรรม (หมายเหตุ: -)
6)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
7)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	(หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของนายจ้าง (มาตรา 33)



สรุป รวมระยะเวลา 10 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ (สพส.1-10 (ส่วนที่ 1)
-	แบบรายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ (สพส.1-10 ส่วนที่ 2)
-	แบบใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบ กรณียื่นรวม (สพส.1-10/1)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม สำหรับผู้ที่เคยเป็นลูกจ้าง (ผู้ประกันตนมาตรา 33) และ สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง หากประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไปให้ยื่นความจำนงสมัครเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ณ สำนักงานประกันสังคม ภายใน 6 เดือน นับจากวันสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 โดยผู้ประกันตนมาตรา 39 มีหน้าที่นำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละครั้ง ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ตามอัตราที่กฎหมายกำหนด หากผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบไม่ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนดต้องจ่ายเงินเพิ่มตามกฎหมายร้อยละสองต่อเดือน ของจำนวนเงินสมทบ ที่ไม่ได้นำส่ง โดยยื่นแบบ สปส. 1-11 หรือบัตรประจำตัวประชาชน ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ ธนาคารพาณิชย์ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
สถานที่ให้บริการ หักบัญชีเงินฝากธนาคาร (Direct Debit) 6 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคาร กสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน) และ ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์ธนาคาร 2 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 09:00 - 15:00 น.
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์เซอร์วิส (ร้าน 7-eleven และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ เคาน์เตอร์เซอร์วิส) / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
สถานที่ให้บริการ ณ ที่ทำการไปรษณีย์ (Pay at post)/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์โลดส์, เคาน์เตอร์บีกซี, เคาน์เตอร์ Cenpay Powered by บุญเติม ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิด ทำการ ขึ้นอยู่กับการให้บริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ ทุกวัน (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) 10:00 - 22:00 น.

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 10 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ยื่นบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นใดที่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก หน้าเคาน์เตอร์การเงิน และเจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสด/เช็ค (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับค่าขอ
2)	การพิจารณา บันทึกรับชำระเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับค่าขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง

ค่าธรรมเนียม

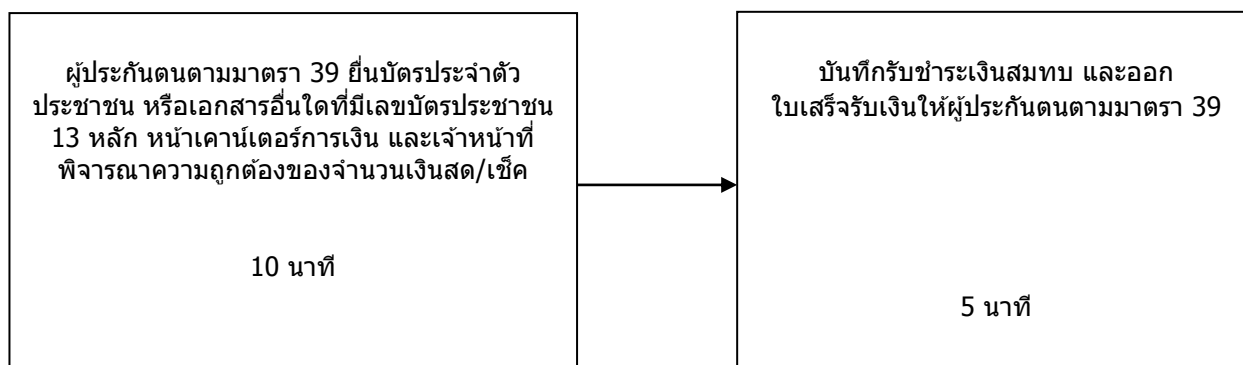
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท
2)	ธนาณัติทางไปรษณีย์ (หมายเหตุ: (เสียค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ไปรษณีย์กำหนด))	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศาลปกครอง (หมายเหตุ: -)
5)	ศูนย์ดำรงธรรม (หมายเหตุ: -)
6)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
7)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center /

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 39



สรุป รวมระยะเวลา 10 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	<i>ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก</i>

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การชำระเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

เงินสมทบที่ต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม

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

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

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

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

หน้าที่ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบตามทางเลือกที่ได้สมัครไว้เป็นรายเดือน เดือนละครั้ง หากเกินกำหนดจะถือว่าผู้ประกันตนขาดส่งเงินสมทบในเดือนนั้น
2. ผู้ประกันตนสามารถนำส่งเงินสมทบล่วงหน้าได้ครั้งละไม่เกินสิบสองเดือน
3. ผู้ประกันตนไม่สามารถนำส่งเงินสมทบย้อนหลังได้

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

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ ธนาคารพาณิชย์/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์ธนาคาร 3 แห่ง คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 09:00 - 15:00 น.
สถานที่ให้บริการ หักบัญชีเงินฝากธนาคาร 8 แห่ง คือ ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อ การเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

จำกัด (มหาชน) และธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน)/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิดทำการ ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ))	
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์เซอร์วิส (ร้าน 7-eleven และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ เคาน์เตอร์เซอร์วิส)/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
สถานที่ให้บริการ เคาน์เตอร์โลดส์,เคาน์เตอร์บิ๊กซี,เคาน์เตอร์ Cenpay Powered by บุญเดิม /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิด-ปิด ทำการ ขึ้นอยู่กับการให้บริการ))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ ทุกวัน (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 10:00 - 22:00 น.
สถานที่ให้บริการ ตู้บุญเดิม/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
สถานที่ให้บริการ ชำระผ่าน Mobile Application ShopeePay,Application Shopee	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 10 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนหรือสมุด ประจำตัวผู้ประกันตนตามมาตรา 40 หรือ เอกสารอื่นใดที่มีเลข บัตรประชาชน 13 หลัก หน้าเคาน์เตอร์การเงินและเจ้าหน้าที่ พิจารณาความถูกต้องของจำนวนเงินสด/เช็ค (หมายเหตุ: -)	5 นาที	สำนักงาน ประกันสังคม
2)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้บันทึกรับเงินสมทบ และออกใบเสร็จรับเงินให้สำนักงาน ประกันสังคมจังหวัด/สาขาให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (หมายเหตุ: -)	5 นาที	สำนักงาน ประกันสังคม

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง

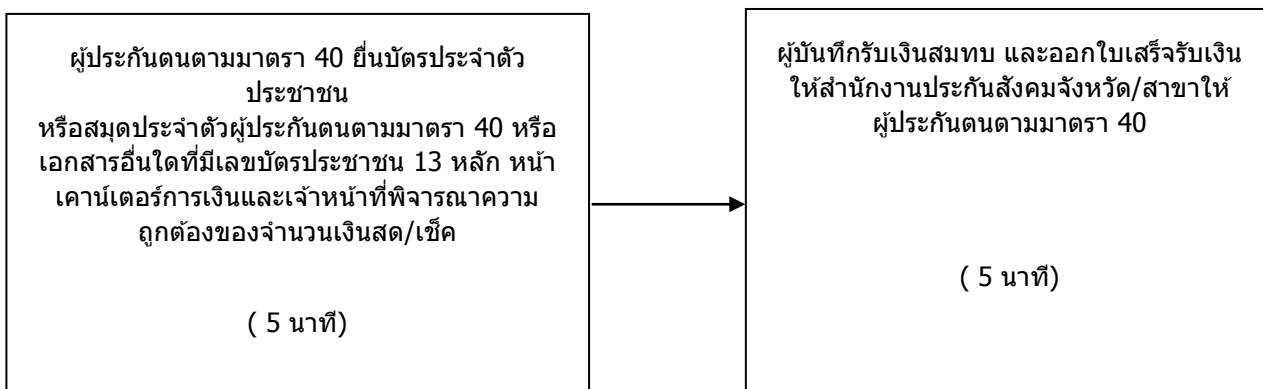
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการชำระเงินกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 รับ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา



สรุป รวมระยะเวลา 10 นาที/ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	<i>ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก</i>

หมายเหตุ

-

หมวดการขอรับคืนเงินสมทบ

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. นายจ้างมีหน้าที่หักค่าจ้างของผู้ประกันตนตามจำนวนที่จะต้องนำส่งเป็นเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนและนายจ้างต้องนำส่งเงินสมทบส่วนของนายจ้างในจำนวนที่เท่ากัน เพื่อนำส่งให้สำนักงานประกันสังคม ในกรณีที่นายจ้างนำส่งเงินสมทบในส่วนผู้ประกันตนหรือเงินสมทบในส่วนของนายจ้างให้แก่สำนักงานเกินจำนวนที่ต้องชำระ ให้นายจ้างหรือผู้ประกันตนยื่นคำร้องขอรับเงินในส่วนที่เกินคืนได้ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตน มิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่น่าส่งเงินสมทบหรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533และแก้ไขเพิ่มเติม
2. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (นายจ้างขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่น มารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเช็คทางไปรษณีย์
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น (โดยสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด และสาขาเป็นผู้ดำเนินการโอนเอง)
3. กรณีรับเช็คทางไปรษณีย์หรือธนาคาร สำนักงานฯ จะส่งภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
4. กรณีโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีภายใน 5 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

- 1.กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯและผู้ยื่นคำขอฯจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
- 2.ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
- 3.พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่ /โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 70 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง ยื่นแบบคำขอรับเงินคืน (สปส.1-23/1) ณ สำนักงาน ประกันสังคม เจ้าหน้าที่รับแบบตรวจสอบเอกสารและบันทึกเข้า ระบบคืนเงิน (หมายเหตุ: -)	10 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบข้อมูล การขอรับเงินคืนของ สถานประกอบการ เสนอแบบคำขอรับเงินคืน เพื่อให้ผู้มีอำนาจ ลงนามอนุมัติ/ไม่อนุมัติ บันทึกผลการพิจารณาในระบบคืนเงิน และหนังสือแจ้งผล (หมายเหตุ: -)	55 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและบันทึกจ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินสมทบ นายจ้างในระบบสารสนเทศ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับคืนเงิน (นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ) สปส.1-23/1 ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีนายจ้างขอคืนเงินให้กับลูกจ้างให้นายจ้างจัดทำบัญชี รายชื่อลูกจ้างที่ขอคืนพร้อมจำนวนเงินที่ขอคืนแต่ละคน)	สำนักงานประกันสังคม
2)	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวที่ราชการออกให้ของ ผู้รับมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัว ประชาชนตัวจริงไปแสดง หรือ กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและ นำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบ อำนาจไปแสดง)	กรมการปกครอง
4)	เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอรับคืนเงิน เช่น หลักฐาน การจ่ายเงินค่าจ้าง,หนังสือลาออกของผู้ประกันตน เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
5)	บัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ของผู้ประกันตน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1. กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง 2. กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดง 3. กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ หน้าแรกที่มีชื่อ และ เลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกโอนเงินที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) หรือธนาคาร กรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) 4. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-

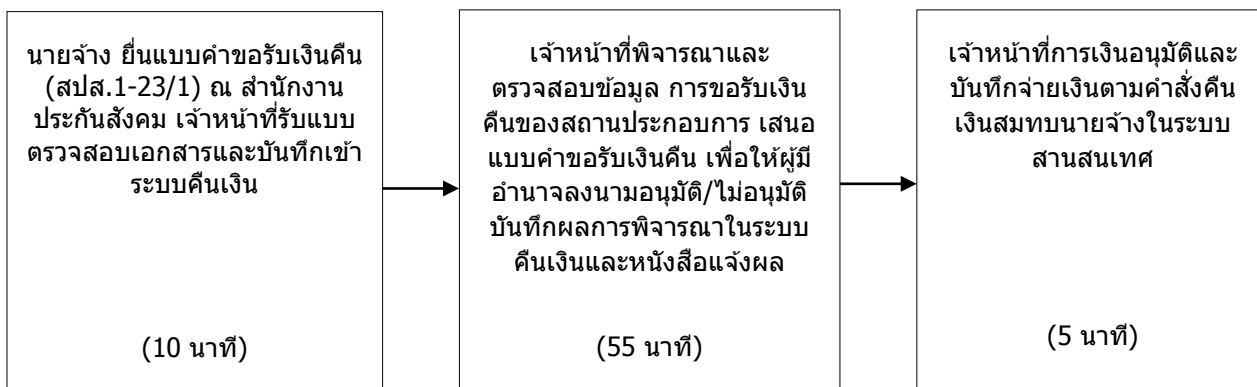
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินสมทบกรณีนายจ้าง กองทุนประกันสังคม



สรุป รวมระยะเวลา 70 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่ทำงานกับนายจ้างหลายรายและนำส่งเงินสมทบเกินจำนวนตามที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอรับเงินได้ตามระเบียบที่กำหนด ถ้าผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบหรือไม่ได้รับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน
2. ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนนั้น (1) ตาย (2) ได้กลับเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 อีก (3) ลาออกจากความเป็นผู้ประกันตนโดยการแสดงความจำนง ต่อสำนักงาน หากผู้ประกันตนตามมาตรา 39 มีการนำส่งเงินสมทบหลังความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุด ให้ยื่นแบบขอรับคืนเงินได้ตามระเบียบที่กำหนด ถ้าผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบหรือไม่ได้รับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม
3. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้ประกันตนขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเช็คทางไปรษณีย์ จะส่งให้ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น
 - 4) กรณีโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการขอคืนเงินสมทบ ทั้งนี้ สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตนภายใน 4 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้ง ให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตน ยื่นแบบคำขอรับเงินคืน (สปส.1-23/2) ณ สำนักงาน ประกันสังคม เจ้าหน้าที่รับแบบตรวจสอบเอกสารและบันทึกเข้า ระบบคืนเงิน (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบข้อมูล การขอรับเงินคืนของ สถานประกอบการ เสนอแบบคำขอรับเงินคืน เพื่อให้ผู้มีอำนาจ ลงนามอนุมัติ/ไม่อนุมัติ บันทึกผลการพิจารณาในระบบคืนเงิน และหนังสือแจ้งผล (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและบันทึกจ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินสมทบ นายจ้างในระบบสารสนเทศ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับคืนเงิน (ผู้ประกันตนเป็นผู้ยื่นคำขอ) สปส.1-23/2 ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มี ชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคาร ทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ : (เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรอง ความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
3)	เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอรับเงินคืน เช่น หลักฐานการจ่ายเงินค่าจ้าง เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

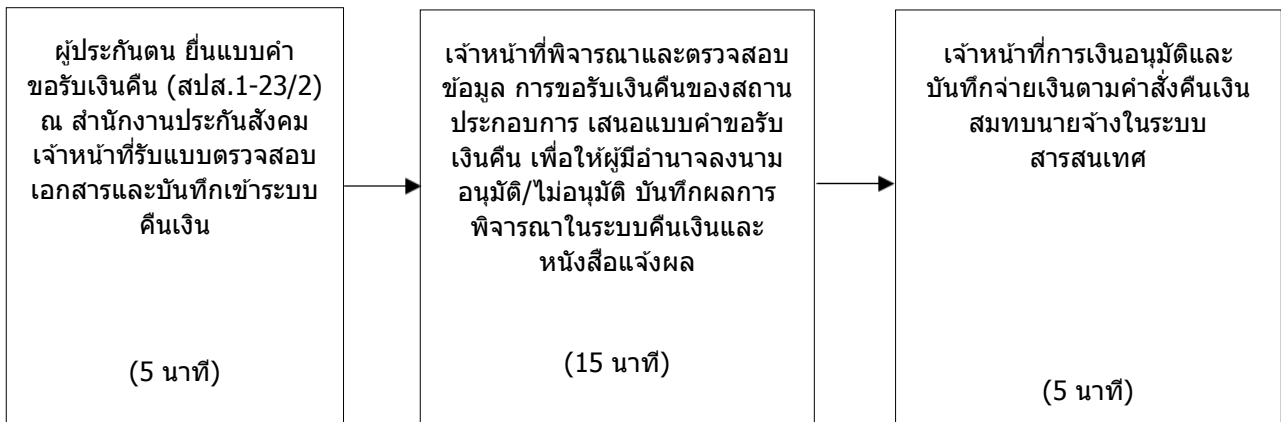
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินสมทบกรณีผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับคืนเงินสมทบไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

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

ให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 สามารถยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5) ได้ที่ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา ด้วยตนเองหรือช่องทางไปรษณีย์ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิขอรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

การขอรับคืนเงินไม่พึงชำระ (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยังมีชีวิต) ได้แก่

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

การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

- 1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจฉบับจริงไปแสดงด้วย)
- 2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจนสำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ ผู้ประกันตน ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
- 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตนเท่านั้น พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารโอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ

ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.
---	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 40 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5) และเอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบคำขอฯ และบันทึกคำขอในระบบ (หมายเหตุ: -)	20 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เสนอแบบคำขอฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติ/ไม่อนุมัติ เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบเจ้าหน้าที่ออกใบคำสั่งคืนเงินฯ และหนังสือแจ้งผลในระบบ (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและบันทึก จ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบ (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
2)	บัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ประกันตนขอรับด้วยตนเอง) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
3)	หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับเงิน แทน พร้อมแนบบัตรประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (กรณี รับเงินผ่านธนาคาร) หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชี ของ ผู้ประกันตนโดยสามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารออมสิน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (หมายเหตุ : เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอที่ เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับและแสดง เอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-

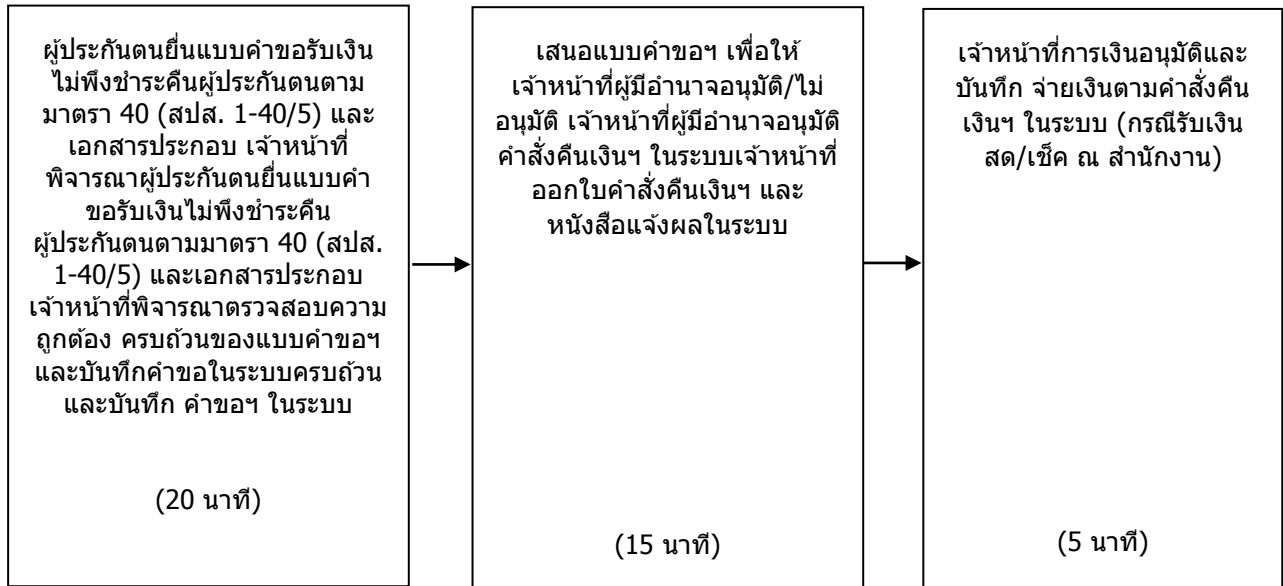
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ. 1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40
(กรณีผู้ประกันตนยังมีชีวิต)**



สรุป รวมระยะเวลา 40 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5)
-	หนังสือมอบอำนาจ

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับคืนเงินสมทบไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

เงินไม่พึงชำระ หมายถึง เงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จ่ายล่วงหน้าไว้แล้ว ต่อมาผู้ประกันตนเสียชีวิตและทายาท / ผู้มีสิทธิได้แสดงความจำนงต่อสำนักงานขอรับเงินดังกล่าว

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

ในกรณีที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าครั้งละเกินจำนวนหนึ่งเดือนขึ้นไป และผู้ประกันตนเสียชีวิตให้สำนักงานคืนเงินสมทบส่วนที่จ่ายล่วงหน้า ให้แก่

1. บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบ
2. กรณีที่ผู้ประกันตนมิได้ทำหนังสือระบุไว้ก็ให้นำมาเฉลี่ยจ่ายให้แก่ สามีภริยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตนในจำนวนที่เท่ากัน
3. กรณีผู้ประกันตนมิได้ทำหนังสือระบุสิทธิให้บุคคลใดรับเงินสมทบ ตามข้อ 1 และไม่มีทายาท ตามข้อ 2 ให้ทายาทของผู้ประกันตนดังต่อไปนี้ที่มีสิทธิได้รับเงินสมทบตามลำดับ หากบุคคลลำดับใด มีจำนวนมากกว่าหนึ่งคนให้บุคคลลำดับนั้นได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

3.1 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

3.2 พี่น้องร่วมบิดา หรือร่วมมารดา

3.3 ปู่ ย่า ตา ยาย

3.4 หลง ป้า น้า อา

การขอรับคืนเงินสมทบไม่พึงชำระ (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

- 1) กรณีรับเงินสด / เช็ค (ผู้มีสิทธิหรือทายาท ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจฉบับจริงไปแสดงด้วย)
- 2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจนสำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
- 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของ ผู้มีสิทธิหรือทายาทเท่านั้น พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารโอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไข คำขอฯ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร /หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้น เรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
--	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 80 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ทายาท/ผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) (สปส.1-40/3) และ เอกสารประกอบ เจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบคำขอฯ และบันทึกคำขอฯ ในระบบสารสนเทศ มาตรา 40 (หมายเหตุ: -)	50 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เสนอแบบคำขอฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติ/ไม่อนุมัติ เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอนุมัติคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบ เจ้าหน้าที่ออก ใบคำสั่งคืนเงินฯ และหนังสือแจ้งผลในระบบ (หมายเหตุ: -)	25 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และบันทึกจ่ายเงินตามคำสั่งคืนเงินฯ ในระบบ (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับเงินคืน กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต (สปส.1-40/3) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)(ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
4)	ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
5)	ทะเบียนสมรส/ทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
6)	ทะเบียนสมรส/ทะเบียนหย่าของบิดา มารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
7)	ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
8)	สูติบัตร หรือทะเบียนบ้านของบุตรผู้ประกันตน(กรณีไม่มีสูติบัตร) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
9)	หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรม (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
10)	หนังสือมอบอำนาจ กรณีทายาท /ผู้มีสิทธิ มอบอำนาจให้บุคคลอื่นรับเงินแทน พร้อมแนบบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
11)	สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคาร กรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ธนาคารออมสิน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับและแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	

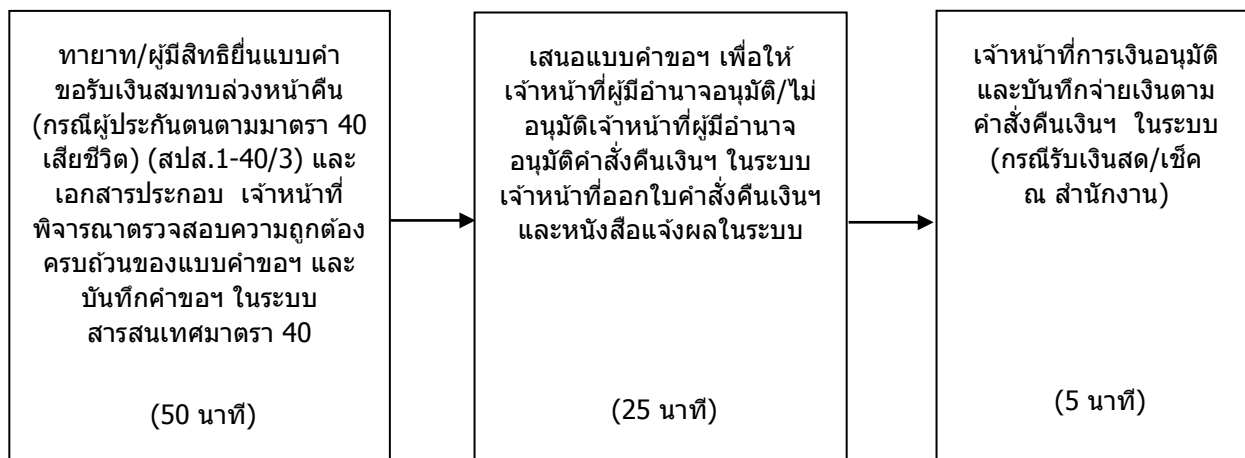
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับคืนเงินไม่พึงชำระของผู้ประกันตนตามมาตรา 40
(กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต)**



สรุป รวมระยะเวลา 80 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

หมวดการขอรับประโยชน์ทดแทน ของกองทุนประกันสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เจือ้นไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และการพิจารณาอนุญาต
เจือ้นไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อน วันรับบริการทางการแพทย์ (คุ้มครองต่อ 6 เดือนเมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง)

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- มีสิทธิรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการรักษา
- กรณีที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกำหนดสิทธิได้ เนื่องจากผู้ประกันตนประสบอันตราย/เจ็บป่วยฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นและได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน สามารถนำมาเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้ตามอัตราประกาศกำหนด
- กรณีที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกำหนดสิทธิได้ เนื่องจากผู้ประกันตนประสบอันตรายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนอื่น โดยไม่ต้องสำรองจ่าย
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เบิกได้ตามรายการและอัตราตามประกาศกำหนด
- เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบโดยเฉลี่ย ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีหนึ่งไม่เกิน 180 วัน เว้นแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ไม่เกิน 365 วัน

วิธีการและเจือ้นไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ต้องขอความเห็นชอบแพทย์เพิ่มเติมเจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น
6. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงาน จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน

7. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่ายเงิน

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 35 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ความครบถ้วน/ถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสาร ประกอบการยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อ วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้ง คำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	25 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติการจ่ายประโยชน์ทดแทน (รับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์สามารถใช้แบบคำขอรับค่า อวัยวะเทียมฯ (สปส. 2-09) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	กรณีขอรับการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแล หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน (สปส. 2-18) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
4)	ใบเสร็จรับเงินที่ขอเบิก (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณี ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์) จำนวน 1 ชุด ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (1. กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้อง ใช้และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ 2. กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/ อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ที่ใช้ 3. กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน)	-
6)	หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (หมายเหตุ : สถิติวันลาป่วยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด)	-
7)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้บัตร ประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนา หนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการ ออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
8)	กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตร ประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบ(สำเนา)สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลาม แห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคาร ออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
9)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทย และรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

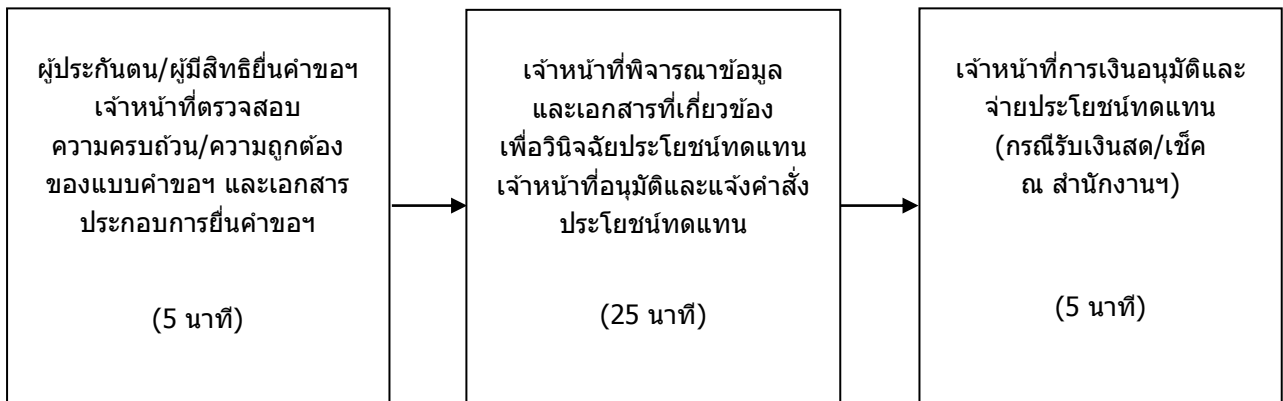
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**



สรุป รวมระยะเวลา 35 นาที

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

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล (สปส.2-09)
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน (สปส.2-18)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต **เงื่อนไขการเกิดสิทธิ**

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ (คุ้มครองต่อ 6 เดือน เมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- กรณีทันตกรรม เฉพาะถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายแต่ไม่เกิน 900 บาท/ปี
- กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน 1-5 ซี่ ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,300 บาท มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท
- กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,400 บาท ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,400 บาท

**** กรณีใช้สิทธิใส่ฟันเทียมแล้ว สามารถเบิกฟันเทียมชุดใหม่ได้อีกเมื่อฟันระยะเวลา 5 ปี**

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วนพร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ต้องขอความเห็นแพทย์เพิ่มเติม เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารดี ให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอ และผู้ยื่นคำขอ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอ จะดำเนินการคืนคำขอ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอ จะดำเนินการแก้ไขคำขอ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ความครบถ้วน/ ความถูกต้องของแบบคำขอ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัย ประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติและจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงิน สด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณี ทันตกรรม (สปส.2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มี ชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถรับเงินผ่านธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน)ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด(มหาชน) ธนาคาร กรุงเทพ จำกัด(มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด(มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด(มหาชน)ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและ สหกรณ์การเกษตร)	-
4)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็น คนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA หรือ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาต ให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการ ชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล)	กรมการปกครอง

ค่าธรรมเนียม

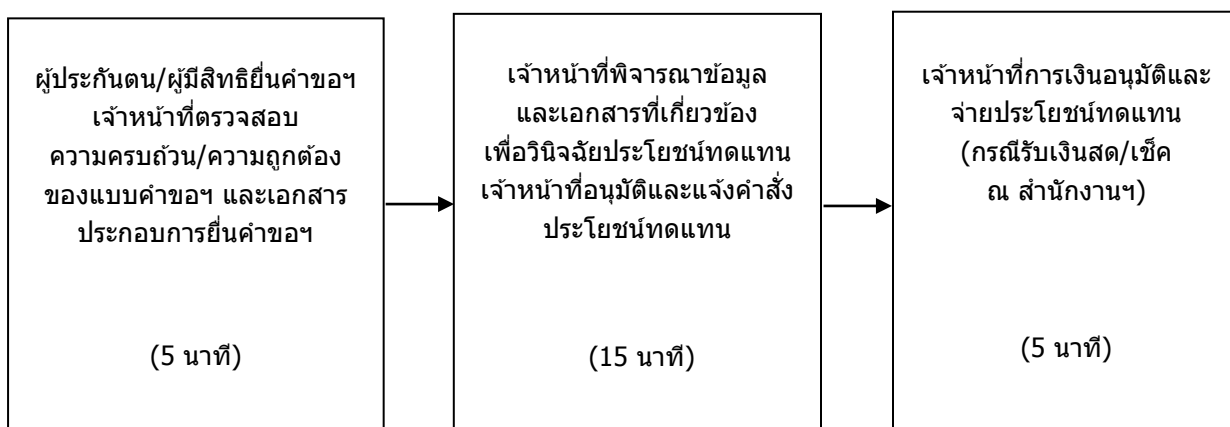
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 /สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.)

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	- 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีทันตกรรม (สปส.2-16)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ (คุมครองต่อ 6 เดือน เมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

- 1) ผู้ประกันตนชาย ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย จำนวน 15,000 บาท/ครั้ง (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564) ไม่จำกัดจำนวนครั้ง
- 2) ผู้ประกันตนหญิง ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย จำนวน 15,000 บาท/ครั้ง (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564) ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบโดยเฉลี่ยเป็นเวลา 90 วัน ไม่เกิน 2 ครั้ง
- 3) ค่าฝากครรภ์ รวมทั้งหมด 1,500 บาท (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564) ตามเงื่อนไขกำหนด

*** กรณีเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ สามารถขอใช้สิทธิได้เพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แนะนำให้ใช้สิทธิผู้ประกันตนหญิง เนื่องจากจะได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ด้วย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม

หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 15 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วน/ ถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัย ประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงิน สด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ สติบัตร ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสติบัตรของคุณแฝด 1 ฉบับ)	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
3)	กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ สูติบัตร ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนา สูติบัตรของคู่แฝดด้วย จำนวน 1 ชุด สำเนาทะเบียนสมรสหรือกรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส (จำนวน 1 ชุด)	กรมการปกครอง
4)	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิเบิกค่าฝากครรภ์ ใบเสร็จรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ ใบรับรองแพทย์ หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประจำตัวหญิงตั้งครรภ์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิเบิกค่าฝากครรภ์ ใบเสร็จรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ ใบรับรองแพทย์ หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประจำตัวหญิงตั้งครรภ์ สำเนาทะเบียนสมรสหรือกรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
6)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้บัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินด้วยตัวเองต้องนำเอกสารฉบับจริงมาแสดง ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
7)	กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบ(สำเนา)สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย ธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)	-
8)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณา ถ้าเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-

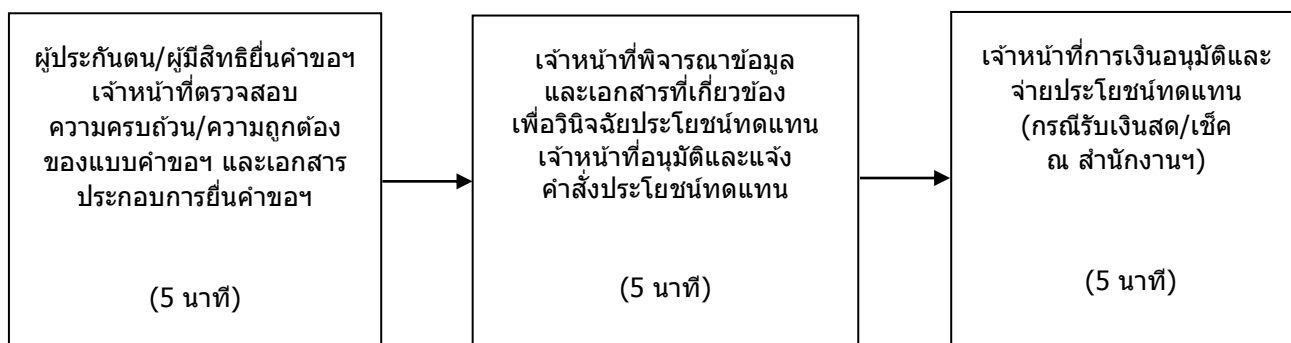
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th)))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com)))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีคลอดบุตร



สรุป รวมระยะเวลา 15 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนทุพพลภาพ (คุ้มครองต่อ 6 เดือน เมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทุพพลภาพระดับสูญเสียไม่รุนแรง

- ทุพพลภาพจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการทำงานตามปกติและงานอื่นได้ (สันนิษฐานการเป็นผู้ประกันตน) หรือมีรายได้ลดลง (ยังคงเป็นผู้ประกันตน)
- เงินทดแทนการขาดรายได้ในส่วนที่ลดลง แต่ไม่เกินร้อยละ 30 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ย ตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบการทำงานได้ เป็นระยะเวลา 180 เดือน

2. ทุพพลภาพระดับความสูญเสียรุนแรง

- เงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ย เป็นรายเดือนตลอดชีวิต
- ค่าบริการทางการแพทย์กรณีทุพพลภาพระดับสูญเสียไม่รุนแรงและทุพพลภาพระดับความสูญเสียรุนแรง

กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (DRGs)

* สถานพยาบาล เป็นผู้ยื่นเบิก

กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของเอกชน

ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท

ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท

- ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท
- ค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต ตามหลักเกณฑ์ที่ประกาศฯ กำหนด
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามหลักเกณฑ์ประเภทและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
- ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเมื่อมีมติให้เป็นผู้ทุพพลภาพและสันนิษฐานการเป็นผู้ประกันตน

** กรณีผู้ทุพพลภาพเสียชีวิตทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าทำศพและเงินสงเคราะห์กรณีตาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตนที่มีมติหรือคำวินิจฉัยให้เป็นผู้ทุพพลภาพแล้ว /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

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

2) กรณีรับเงินทางธนาคารได้ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน

**** วิธีการและเงื่อนไขข้างต้นสำหรับผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมมีมติหรือคำวินิจฉัยให้เป็นผู้ทุพพลภาพแล้ว**

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการ แก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่น เอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12/ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ : สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ทบทวนภาพ/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วน/ความถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) หรือกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ สามารถใช้แบบคำขอรับค่าอวัยวะเทียมฯ (สปส. 2-09) หรือกรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน (สปส.2-18) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	- ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ที่ใช้ - ใบเสร็จรับเงินที่ขอเบิก - สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้บัตรประกันสังคมและสำเนาทะเบียนบ้าน เดินทาง (passport) หรือสำเนาทะเบียนบ้านเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
4)	กรณีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบ(สำเนา)สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน)	
5)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

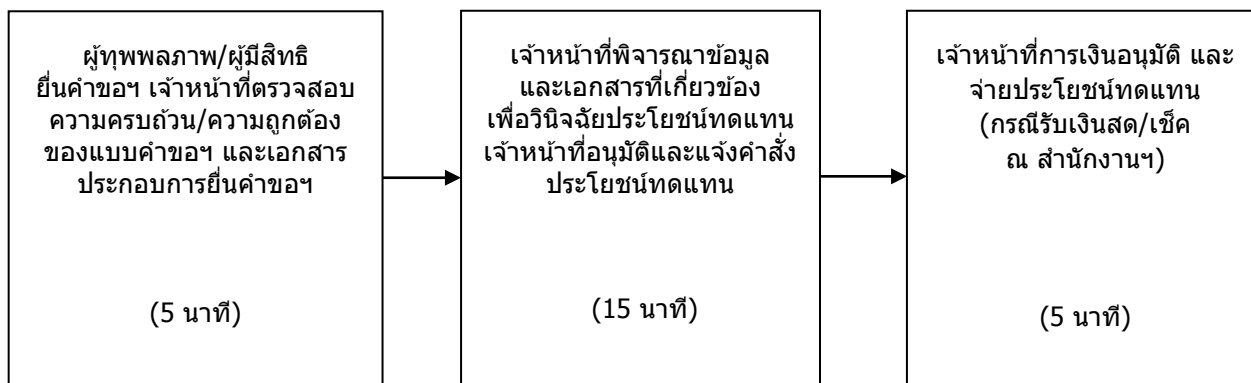
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล (สปส.2-09)
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน (สปส.2-18)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขในการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนถึงแก่ความตายไม่เนื่องจากการทำงาน (คุ้มครองต่อ 6 เดือน เมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง)

****** ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558 กรณีผู้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ด้วยโรคเรื้อรังเสียชีวิตมีสิทธิได้รับเงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์กรณีตาย แม้จะไม่มีเงินสมทบ 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ค่าทำศพ 50,000 บาท (ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2563)

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้มีสิทธิต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วน ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด / เช็ค (ผู้มีสิทธิขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารได้ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขที่บัญชี ของผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 35 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วน/ความถูกต้อง ขอบเขตคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	25 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	สำเนาบัตร ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	กรมการปกครอง

ลำดับ	ข้อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
3)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
4)	หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ เช่น หลักฐานจากฌาปนสถาน หรือมัสยิดที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้บัตร ประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนา หนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการ ออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
6)	กรณีผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและ นำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบ ไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชี เงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชี ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่ง ประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และ ธนาคาร ออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)	-
7)	กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรอง ความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-

ค่าธรรมเนียม

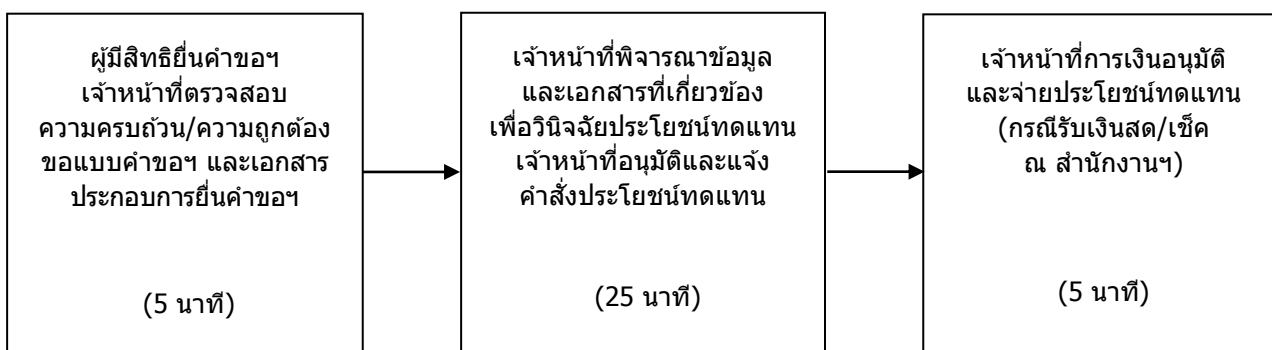
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย



สรุป รวมระยะเวลา 35 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนถึงแก่ความตาย
- สาเหตุการตายไม่เนื่องจากการทำงาน

*** ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558 กรณีผู้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ด้วยโรคเรื้อรังเสียชีวิตมีสิทธิได้รับเงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์กรณีตาย แม้จะไม่มีเงินสมทบ 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน

เงินสงเคราะห์ตายให้แก่ทายาท ดังนี้

- (1) จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป (3 ปีขึ้นไป) แต่ไม่ถึง 120 เดือน (10 ปี) ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบโดยเฉลี่ยรายเดือน x 4 (เท่ากับค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ยสองเดือน)
- (2) จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 120 เดือนขึ้นไป (10 ปีขึ้นไป) ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบโดยเฉลี่ยรายเดือน x 12 (เท่ากับค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบเฉลี่ยหกเดือน)

วิธีการยื่นคำขอฯ

- ผู้มีสิทธิต้องกรอกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วน ก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมลงวันที่ เดือน ปี ที่ยื่นแบบคำขอฯ
- เอกสารประกอบการยื่นแบบคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
- กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้มีสิทธิทราบ
- กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใด จึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

- (1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
- (2) กรณีรับเงินทางธนาคารนิติให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน
- (3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น

กรณีรับเงินผ่านทางธนาคารนิติ สำนักงานฯ จะส่งธนาคารนิติให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน

กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้มีสิทธิภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอ และผู้ยื่นคำขอ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอ ไม่ดำเนินการ แก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอ จะดำเนินการคืนคำขอ และ เอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อ ตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอ จะดำเนินการแก้ไข คำขอ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุน ประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 45 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้มีสิทธิยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วน/ความ ถูกต้องของแบบคำขอ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่วินิจฉัยพิจารณาข้อมูลและเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่ง ประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	25 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับ เงินสด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
2)	สำเนากระบะบัตร (จำเป็นต้องใช้) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับ เงินสงเคราะห์กรณีตาย ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
4)	สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดาของผู้ตาย (ถ้ามี) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
5)	สำเนาทะเบียนสมรสของคู่สมรส (ถ้ามี) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
6)	สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มี สูติบัตร ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
7)	สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุลกรณี เปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
8)	หนังสือระบุสิทธิให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
9)	กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวให้ใช้บัตรประกันสังคมและสำเนา หนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้และหากรับเงิน ณ สำนักงาน ให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
10)	กรณีผู้มีสิทธิรับเงิน ณ สำนักงานด้วยตนเองต้องใช้บัตร ประจำตัวประชาชนฉบับจริง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็น หนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบและ ผู้รับมอบมาแสดง หรือกรณีรับเงินผ่านบัญชีธนาคารให้สำเนา หน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ-ชื่อสกุล และเลขที่บัญชี ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ธนาคารที่สามารถโอนเงินได้มีดังนี้ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ธนาคารกรุงเทพ ธนาคารไทยพาณิชย์ ธนาคาร ทหารไทยธนชาติ ธนาคารกสิกรไทย ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและ สหกรณ์การเกษตร)	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
11)	กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	-

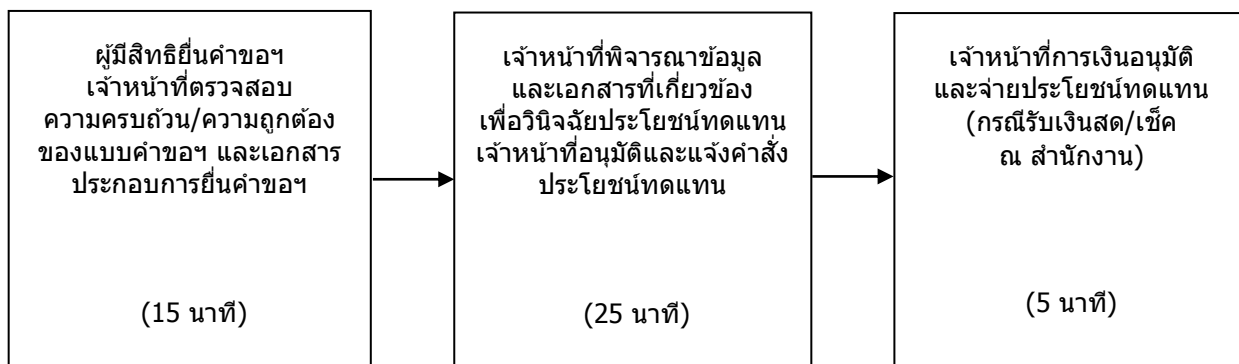
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีตาย (เงินสงเคราะห์กรณีตาย)



สรุป รวมระยะเวลา 45 นาที / เรื่อง

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิ และเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือ 39 (กรณีนี้ไม่คุ้มครองต่อหกเดือน เมื่อความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

เงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 800 บาท (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564) ต่อบุตรหนึ่งคน คราวละไม่เกิน 3 คน ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ (สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมาย ยกเว้นบุตรบุญธรรมและบุตรที่ยกให้เป็นบุตรของบุคคลอื่น)

*** กรณีเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ สามารถขอใช้สิทธิได้เพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง กรณีหย่าหรือแยกกันอยู่ ผู้อุปการะบุตรเป็นผู้มีสิทธิ

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านทางธนาคาร และผ่านบริการพร้อมเพย์ที่ลงทะเบียนด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนเท่านั้น การยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าวผ่านทางธนาคาร ผู้ยื่นคำขอฯ ต้องนำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ ประกอบการยื่นคำขอฯ ด้วย สำหรับกรณีขอรับเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ต้องยื่นสำเนานำบัญชีธนาคาร ประกอบการยื่นคำขอฯ

ทั้งนี้ การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ :

- 1) กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น

ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

- 2) ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
- 3) พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม นั้นเรียบร้อยแล้ว
- 4) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 20 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความ ครบถ้วน/ความถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการ ยื่นคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัย ประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ ทดแทน (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีผู้ประกันตนเคยยื่นใช้สิทธิแล้วและประสงค์จะใช้ สิทธิสำหรับบุตรคนเดิมให้ใช้หนังสือขอใช้สิทธิบุตรคน เดิมกรณีกลับเข้าเป็นผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ สติบัตรต้นฉบับของบุตร พร้อมสำเนา ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคุณแฝดด้วย)	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
4)	กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนหย่าพร้อมบันทึกแนบท้ายของผู้ประกันตน หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาหรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย สดัตบัตร ต้นฉบับของบุตร พร้อมสำเนา ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสดัตบัตรของคู่แฝดด้วย)	กรมการปกครอง
5)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้บัตร ประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือ สำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ ทางราชการออกให้ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
6)	กรณีรับเงินทางธนาคาร แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชี ของผู้ประกันตน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ (ยกเว้นกรณีพร้อมเพย์) หมายเหตุ (สามารถรับเงินผ่านธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ธนาคารกรุงเทพ ธนาคารไทยพาณิชย์ ธนาคารทหารไทยธนชาติ ธนาคารกสิกรไทย ธนาคารอิสลาม แห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย ธนาคารออมสิน ธนาคาร เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร) พร้อมเพย์ที่ลงทะเบียน ด้วยเลขบัตรประชาชน	-
7)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความ ถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐาน สำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปล เป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

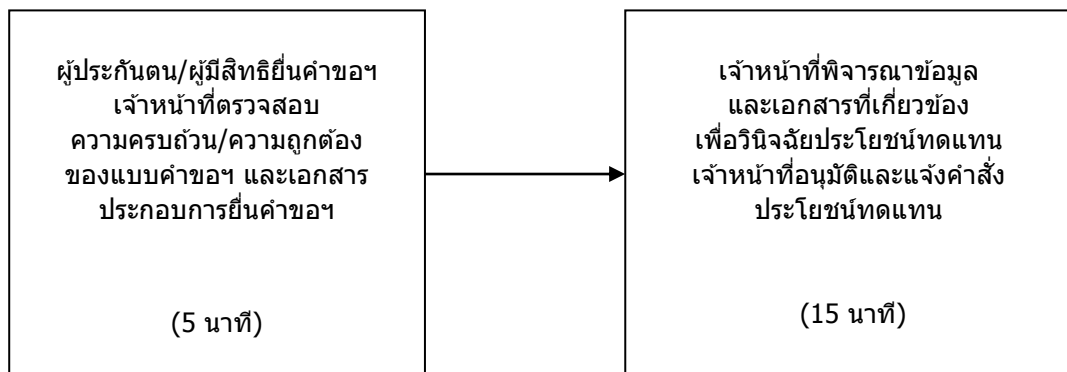
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี 11120

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	- สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center/ Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีสงเคราะห์บุตร



สรุป รวมระยะเวลา 20 นาที

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินผ่านทางธนาคารเท่านั้นโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

เงินบำนาญชราภาพ

- กรณีจ่ายเงินสมทบ ไม่ครบ 180 เดือน
- อายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง
- *** กรณีเป็นผู้ทุพพลภาพหรือตายก่อนอายุ 55 ปีบริบูรณ์ จะได้รับเป็นเงินบำนาญชราภาพ

เงินบำนาญชราภาพ

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

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

เงินบำนาญชราภาพ

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

เงินบำนาญชราภาพ

- กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน ได้รับเงินบำนาญชราภาพในอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง
- กรณีจ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน ให้ปรับเพิ่มอัตราเงินบำนาญชราภาพขึ้นอีกร้อยละ 1.5 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบครบทุก 12 เดือน
- ***เงินบำนาญชราภาพที่ได้รับไม่ต่ำกว่า 720 บาทต่อเดือน

ทายาทผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ กรณีผู้ประกันตนมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพเสียชีวิต ได้แก่

- 1) บุตรชอบด้วยกฎหมาย ยกเว้น บุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นให้ได้รับสองส่วน ถ้าผู้ประกันตนที่ตายมีบุตรตั้งแต่สามคนขึ้นไปให้ได้รับสามส่วน
- 2) สามีหรือภริยาให้ได้รับหนึ่งส่วนและ
- 3) บิดามารดา หรือบิดา หรือมารดาที่มีชีวิตอยู่ให้ได้รับหนึ่งส่วน
- 4) บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ ให้ได้รับหนึ่งส่วน

ในกรณีที่ไม่มีทายาทในลำดับใด หรือทายาทนั้นได้ตายไปเสียก่อน ให้แบ่งเงินบำนาญชราภาพในระหว่างทายาทผู้มีสิทธิ ในลำดับที่มีทายาทผู้มีสิทธิได้รับ

ในกรณีที่ไม่มีทายาททั้ง 4 ลำดับข้างต้น ให้ทายาทดังต่อไปนี้ มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพตามลำดับ หากบุคคลลำดับใดมีจำนวนมากกว่าหนึ่งคนให้บุคคลลำดับนั้นได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

- (1) ฟิน้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- (2) ฟิน้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา
- (3) ปู่ ย่า ตา ยาย
- (4) ลุง ป้า น้า อา

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
 2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นส่วนต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
 3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
 4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
 5. การรับเงินบำเหน็จชราภาพ 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด /เช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารใต้ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร และผ่านบริการพร้อมเพย์ที่ลงทะเบียนด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน กรณีขอรับเงินผ่านทางธนาคาร ผู้ยื่นคำขอฯ ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำหรับกรณีขอรับเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ต้องยื่นสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร ประกอบการยื่นคำขอฯ
 6. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคารใต้ สำนักงานฯ จะส่งธนาคารใต้ให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน
 7. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีของผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติจ่ายเงิน
 8. การรับเงินบำนาญชราภาพ สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านทางธนาคารและผ่านบริการพร้อมเพย์ที่ลงทะเบียนด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนเท่านั้น โดยการขอรับเงินผ่านทางธนาคารคิดค่าธรรมเนียมในการโอนเงินจากผู้รับเงินบำนาญชราภาพตามอัตราที่ธนาคารกำหนด (รายการละ 5 บาท) กรณีขอรับเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ไม่มีค่าธรรมเนียมการโอนเงิน (กรณียอดเงินเกิน 10,000 บาทต่อครั้ง ธนาคารคิดค่าธรรมเนียมรายการละ 2 บาท)
- การยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าว ผู้ยื่นคำขอฯ ต้องนำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ และหนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้วย ทั้งนี้ การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตนขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ :

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

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 35 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความ ครบถ้วน/ความถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการ ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัย ประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ ทดแทน (หมายเหตุ: -)	25 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/ เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส. 2-01) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต - สำเนาสมุดบัญชี (จำนวน 1 ฉบับ) - บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิ รับเงินบำเหน็จชราภาพ (ฉบับจริงจำนวน 1 ชุด) - สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) (จำนวน 1 ชุด) - สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีไม่มีสูติบัตร (จำนวน 1 ชุด) - กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย (จำนวน 1 ชุด) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
3)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
4)	หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
5)	การจ่ายเงินกรณีบำเหน็จชราภาพ - กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง - กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง - กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถรับเงินผ่านธนาคาร ได้แก่ ธนาคาร กรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) บริการพร้อมเพย์ที่ลงทะเบียนด้วยเลขบัตรประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ไม่มีค่าธรรมเนียม)	-
6)	การจ่ายเงินกรณีบำนาญชราภาพผ่านธนาคารเท่านั้น ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ประกันตนตามธนาคารที่ระบุข้อ 5 ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ - ค่าธรรมเนียมผ่านธนาคาร รายการละ 5 บาท - ค่าธรรมเนียมผ่านพร้อมเพย์ยอดเงินเกิน 10,000 บาท/ครั้ง รายการละ 2 บาท	-
7)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสาร	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	หลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	

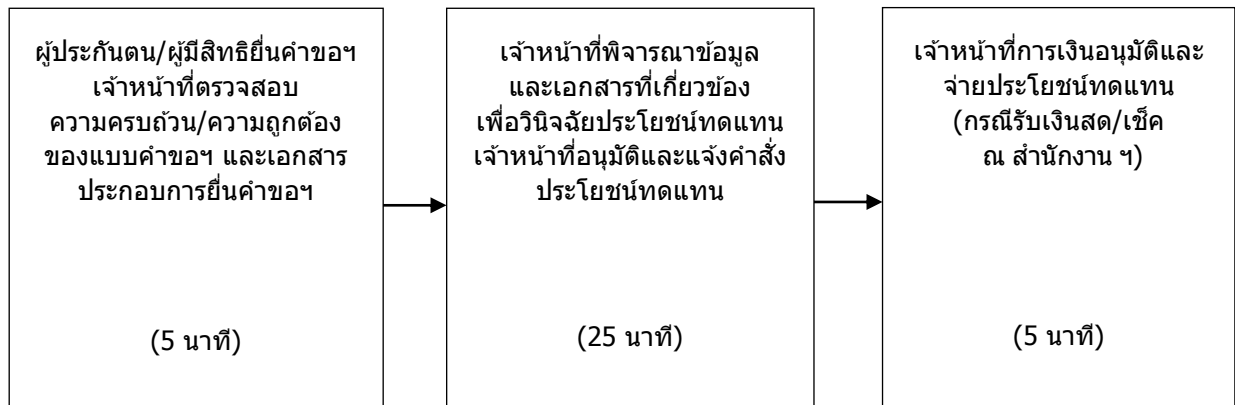
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ



สรุป รวมระยะเวลา 35 นาที

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินบำนาญชราภาพผ่านทางธนาคารเป็นช่องทางหลัก โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01)
-	(ตัวอย่าง) หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน เหตุสุดวิสัย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนการว่างงาน

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

*** กรณีว่างงานเหตุสุดวิสัย อันเกิดจากอัคคีภัย วาดภัย หรือธรณีพิบัติภัย ตลอดจนภัยอื่นๆ อันเกิดจากธรรมชาติ ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบโดยเฉลี่ย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ประกันตนไม่ได้ทำงาน เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย หรือนายจ้างไม่ให้งานเนื่องจากเหตุสุดวิสัย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ แต่ไม่เกิน 180 วัน

*** กรณีว่างงานเหตุสุดวิสัย อันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่อ ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบโดยเฉลี่ย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ประกันตนไม่ได้ทำงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย กรณีนายจ้างไม่ให้งานเนื่องจากลูกจ้างต้องกักตัวหรือเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีคำสั่งแพทย์ หรือคำสั่งพนักงานควบคุมโรคติดต่อสั่งให้กักตัว และกรณีลูกจ้างไม่ได้ทำงาน เนื่องจากมีคำสั่งทางราชการปิดกิจการ หรือปิดสถานที่ประกอบการของนายจ้างไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนเป็นชั่วคราว โดยให้นายจ้างรวบรวมข้อมูลการยื่นแบบคำขอฯ ผ่านระบบ e-Service สำนักงานประกันสังคม

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้ประกันตนต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านทางธนาคารเท่านั้น การยื่นเรื่องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าว ผู้ยื่นคำขอต้องนำสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอประกอบการยื่นเรื่องด้วย

*** ทั้งนี้ การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตนขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

หมายเหตุ

1. กรณีแบบคำขอ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอ จะดำเนินการคืนแบบคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ หรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคมนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 30 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ประกันตนยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วน/ความถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน เจ้าหน้าที่อนุมัติและแจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	20 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงินสด/เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กรณีว่างงาน (สปส. 2-01/7) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	กรณีว่างงานจากเหตุสุดวิสัยแบบหนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีว่างงาน เนื่องจากเหตุสุดวิสัย ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
3)	กรณีผู้ประกันตนต่างชาติขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน โดยสามารถรับเงินผ่านธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด(มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด(มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด(มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบกรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

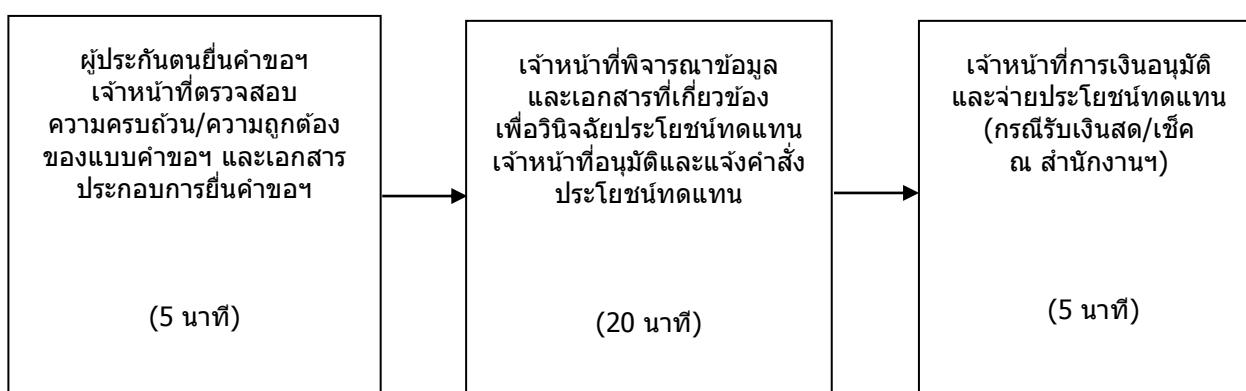
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	- www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม
กรณีว่างงานเหตุสุดวิสัย**



สรุป รวมระยะเวลา 30 นาที / เรื่อง

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินผ่านทางธนาคารเป็นช่องทางหลักโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ประกันตน ขึ้นอยู่กับรอบการตัดจ่ายและเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทน

***** กรณีว่างงาน ลาออก/สิ้นสุดสัญญาจ้าง/เลิกจ้าง ลูกจ้างขึ้นทะเบียนว่างงานและรายงานตัวผู้ว่างงาน รวมทั้ง ยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน บนเว็บไซต์สำนักงานจัดหางาน <https://e-service.doe.go.th> (โดยไม่ต้องไปยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ณ สำนักงานประกันสังคม)**

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 4 เดือน ก่อนเดือนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2

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

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

(3) เงินทดแทนการขาดรายได้ ครั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อปี กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตาม (1) และไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล ตาม (2) โดยมีใบรับรองแพทย์มาแสดงต่อสำนักงาน

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

ทางเลือกที่ 3

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

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

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

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) กำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน โดยกรอกแบบคำขอฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมลงลายมือชื่อวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ ไว้เป็นหลักฐาน

2. กรณีเอกสารใบรับรองแพทย์เป็นสำเนา ต้องให้หน่วยงานที่ใช้ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงเป็นผู้รับรองความถูกต้องของสำเนา หรือให้มีการประทับตราโรงพยาบาลพร้อมลงลายมือชื่อเจ้าหน้าที่รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกครั้ง
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ หลังจากอนุมัติคำสั่งจ่ายแล้ว

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

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลา ให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการส่งคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัย เจ้าหน้าที่อาจขอข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น นำฝากทางไปรษณีย์ หรือฝากผู้อื่นส่ง เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน นำส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

4. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินการ จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามที่เจ้าหน้าที่แจ้ง และได้ตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เรียบร้อยแล้ว

5. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

6. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ พร้อมแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบคำขอ และเอกสารประกอบ และบันทึกแบบคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยข้อมูลจากเอกสารและข้อเท็จจริงและ แจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเช็ค ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
2)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีเอกสารใบรับรองแพทย์เป็นสำเนา ต้องให้หน่วยงาน ที่ใช้ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงเป็นผู้รับรองความถูกต้องของสำเนา หรือ ให้มีการประทับตราโรงพยาบาลพร้อมลงลายมือชื่อเจ้าหน้าที่รับรอง ความถูกต้องของสำเนาทุกครั้ง)	-
3)	- กรณีไม่รับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือ - กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตร ประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดง หรือ - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและ สหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	

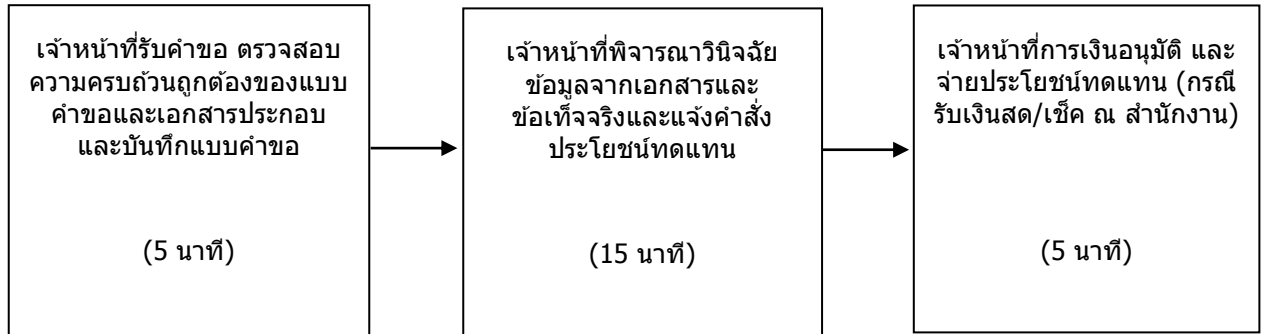
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณี ทุพพลภาพ

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในระยะเวลา 10 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 500 บาท
2. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 20 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 650 บาท
3. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 24 เดือน ภายในระยะเวลา 40 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 800 บาท
4. จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 36 เดือน ภายในระยะเวลา 60 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เดือนละ 1,000 บาท

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพเมื่อคณะกรรมการการแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ทุพพลภาพหรือทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ดังนี้

ทางเลือก 1 และทางเลือกที่ 2

- เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ เป็นระยะเวลา 15 ปี ทั้งนี้ ในกรณีผู้ประกันตนซึ่งได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพถึงแก่ความตาย ให้สิทธิในการรับเงินทดแทนการขาดรายได้ดังกล่าวเป็นอันระงับในเดือนถัดไป
- เงินค่าทำศพ กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิตภายในระยะเวลา 15 ปี

ทางเลือกที่ 3

- เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพตลอดชีวิต ทั้งนี้ ในกรณีผู้ประกันตนซึ่งได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพถึงแก่ความตาย ให้สิทธิในการรับเงินทดแทนการขาดรายได้ดังกล่าวเป็นอันระงับในเดือนถัดไป
- เงินค่าทำศพ กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) กำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน โดยกรอกแบบคำฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมลงลายมือชื่อวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ ไว้เป็นหลักฐาน
2. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ

3. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเช็ค (ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัทให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน /ผู้มีสิทธิ หลังจากอนุมัติคำสั่งจ่ายแล้ว

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงิน เข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลา ให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการส่งคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัย เจ้าหน้าที่อาจขอข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น นำฝากทางไปรษณีย์ หรือฝากผู้อื่นส่ง เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน นำส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

4. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินการ จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบให้ถ้วนตามที่เจ้าหน้าที่แจ้ง และได้ตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เรียบร้อยแล้ว

5. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

6. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ พร้อมแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบคำขอและเอกสารประกอบ และบันทึกแบบคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณา รวบรวมข้อเท็จจริงเสนอต่อคณะกรรมการ การแพทย์ วินิจฉัยตามมติคณะกรรมการการแพทย์ และแจ้ง คำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับ เช็ค ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ และสำเนาเวชระเบียน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	- กรณีมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือ - กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตร ประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดง หรือ - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของ ผู้ประกันตน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและ สหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	-
4)	กรณีผู้ประกันตนที่เป็นผู้ทุพพลภาพถึงแก่ความตาย นำสำเนา มรณบัตรของผู้ประกันตน และหรือผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1.แสดงเอกสารต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ 2. กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิตและมีผู้มีสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดที่พึง ได้รับเงินชราภาพนี้ เสียชีวิต ต้องแสดงใบมรณบัตรพร้อมสำเนาทุกสาย)	-

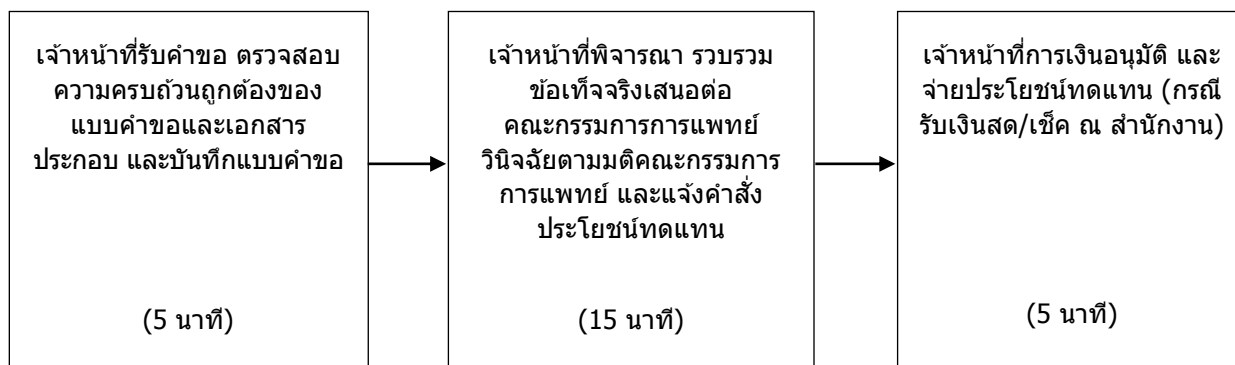
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีทุพพลภาพ



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

หมายเหตุ : หากยังไม่มีมติคณะกรรมการ/อนุกรรมการฯ ครบถ้วนสมบูรณ์ ให้เป็นผู้ทุพพลภาพ ต้องใช้เวลารอคอย ตามขั้นตอนเพื่อนำเรื่องสู่การพิจารณา

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต **เงื่อนไขการเกิดสิทธิ**

จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน ก่อนเดือนที่ถึงแก่ความตาย ยกเว้น ถึงแก่ความตายด้วยอุบัติเหตุ หากไม่มีเงินสมทบ 6 ใน 12 เดือน แต่จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนเดือนที่ถึงแก่ความตายก็ให้มีสิทธิได้รับค่าทำศพด้วย

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2

(1) เงินค่าทำศพในอัตรา 25,000 บาท

(2) เงินสงเคราะห์กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย จำนวน 8,000 บาท เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 60 เดือนก่อนเดือนที่ถึงแก่ความตาย โดยจ่ายแก่บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์นั้น แต่ถ้าผู้ประกันตนมิได้ทำหนังสือระบุไว้ให้นามาส่งจ่ายให้แก่ สามีภรรยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน ในจำนวนที่เท่ากัน

ทางเลือกที่ 3

- เงินค่าทำศพในอัตรา 50,000 บาท

จ่ายเงินค่าทำศพให้แก่บุคคลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและได้เป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน
- สามีภรรยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน ซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน
- บุคคลอื่นซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพของผู้ประกันตน

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้มีสิทธิ ต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) กำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ผู้มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน โดยกรอกแบบคำขอฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมลงลายมือชื่อ วัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ ไว้เป็นหลักฐาน

2. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้มีสิทธิทราบ

3. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

4. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่น มารับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้มีสิทธิ หลังจากอนุมัติคำสั่งจ่ายแล้ว

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติค่าส่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กองทุนประกันสังคม ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลา ให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการส่งคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัย เจ้าหน้าที่อาจขอข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง
3. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น นำฝากทางไปรษณีย์ หรือฝากผู้อื่นส่ง เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน นำส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
4. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินการ จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามที่เจ้าหน้าที่แจ้ง และได้ตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เรียบร้อยแล้ว
5. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว
6. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ พร้อมแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 40 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบคำ ขอและเอกสารประกอบ และบันทึกแบบคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณา วินิจฉัยข้อมูลจากเอกสารและข้อเท็จจริงและ แจ้งค่าส่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	30 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเช็ค ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	สำเนาใบมรณะบัตรของผู้ประกันตน และหรือของ ผู้มีสิทธิ (กรณีมีเงินสงเคราะห์) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1.ให้แสดงเอกสารฉบับจริงให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ 2. กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิตและมีผู้มีสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดที่พึงได้รับเงินชราภาพนี้ เสียชีวิต ต้องแสดงใบมรณะบัตรพร้อมสำเนาทุกสาย)	กรมการปกครอง
3)	หลักฐานจากศาสนสถานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตนและผู้จัดการศพ ฉบับจริง 2 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
5)	หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
6)	- กรณีมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือ - กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดง หรือ - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	-

ค่าธรรมเนียม

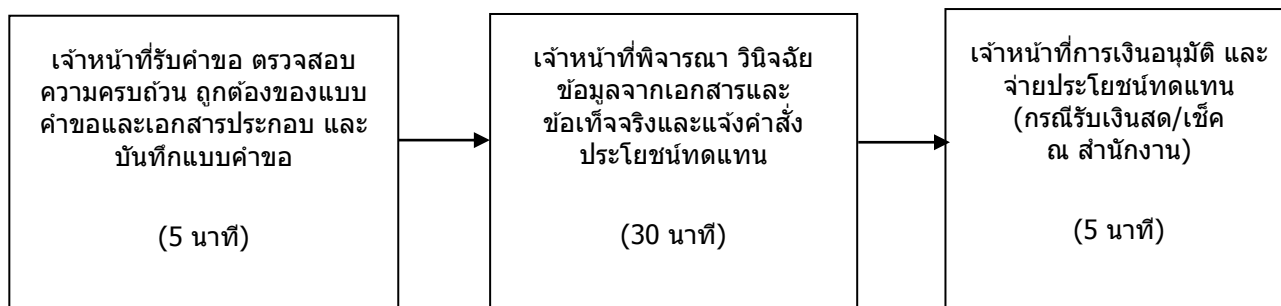
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 /สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีตาย



สรุป รวมระยะเวลา 40 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ
หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ต่อไป
- ผู้ประกันตนถึงแก่ความตายก่อนอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์หรือก่อนที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

ทางเลือกที่ 2

- เงินบำนาญชราภาพ เดือนละ 50 บาท และเงินที่ผู้ประกันตนนำส่งเพิ่มเติมในกรณีชราภาพ พร้อมด้วยผลประโยชน์ตอบแทนรายปีที่สำนักงานประกาศกำหนดในแต่ละปี

ทางเลือกที่ 3

- เงินบำนาญชราภาพ เดือนละ 150 บาท และเงินที่ผู้ประกันตนนำส่งเพิ่มเติมในกรณีชราภาพ พร้อมด้วยผลประโยชน์ตอบแทนรายปีที่สำนักงานประกาศกำหนดในแต่ละปี
- เงินบำนาญชราภาพเพิ่มเติม จำนวน 10,000 บาท (เมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ ตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป)

ในกรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตายก่อนอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ หรือก่อนที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ จ่ายเงินบำนาญชราภาพให้แก่บุคคล ดังต่อไปนี้

(1) สามีภรรยา บิดามารดา บุตรของผู้ประกันตน หรือบุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพในจำนวนที่เท่ากัน

(2) ในกรณีที่ไม่มีผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพตาม (1) ให้ทายาทของผู้ประกันตน ดังต่อไปนี้ มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพตามลำดับ หากบุคคลลำดับใดมีจำนวนมากกว่าหนึ่งคน ให้บุคคลลำดับนั้น ได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

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

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) กำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน โดยกรอกแบบคำขอฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมลงลายมือชื่อวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ ไว้เป็นหลักฐาน

2. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิทราบ

3. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

4. การรับเงิน มี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีเช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมา รับแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้มีสิทธิ หลังจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่ายแล้ว

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ เท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้ออเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข /เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการส่งคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัย เจ้าหน้าที่อาจขอข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น นำฝากทางไปรษณีย์ หรือฝากผู้อื่นส่งเมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน นำส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

4. พนักงานเจ้าหน้าที่จะไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินการ จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามที่เจ้าหน้าที่แจ้ง และได้ตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เรียบร้อยแล้ว

5. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

6. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ พร้อมแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วน และถูกต้องของ แบบคำขอและเอกสารประกอบ และบันทึกคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยข้อมูลจากเอกสารและข้อเท็จจริง และ แจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับ เชื้อ ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
3)	- กรณีมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ไปแสดง หรือ - กรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและนำบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดง หรือ - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
4)	สำเนากรมบัตรของผู้ประกันตน และหรือผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (1.แสดงเอกสารฉบับจริงให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ 2. กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิตและมีผู้มีสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดที่ พึงได้รับเงินชราภาพนี้ เสียชีวิต ต้องแสดงใบมรณบัตรพร้อมสำเนา ทุกราย)	กรมการปกครอง
5)	บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนและหรือผู้มีสิทธิที่ รับเงินบำเหน็จชราภาพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
6)	ทะเบียนบ้านของผู้ประกันตน และหรือผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน อยู่คนละเล่ม ต้องนำฉบับจริงมาแสดงทุกเล่ม)	กรมการปกครอง
7)	สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดา ฉบับจริง 2 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (แสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ขอ ตรวจสอบ)	กรมการปกครอง

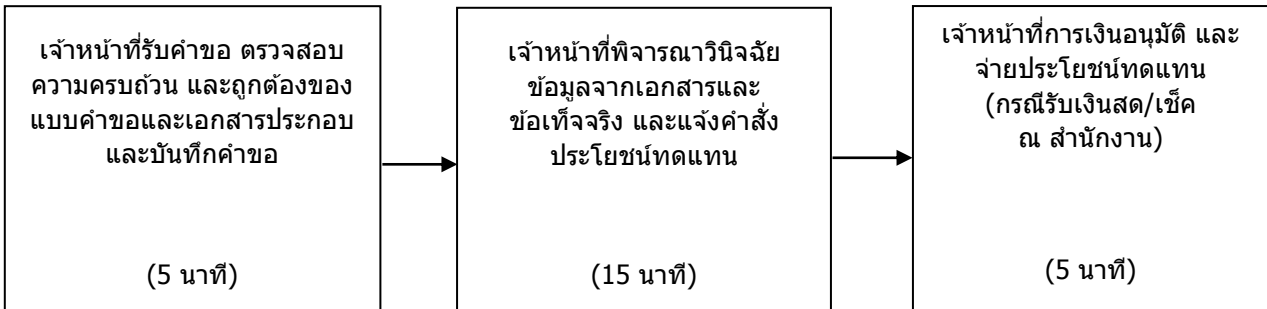
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีชราภาพ



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีเงินสงเคราะห์บุตร

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

- จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 24 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน โดยจะต้องมีสถานะเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และมีการจ่ายเงินสมทบในเดือนที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์บุตรด้วย
- บุตรชอบด้วยกฎหมาย อายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ (ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น)

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- เงินสงเคราะห์บุตร 200 บาท ต่อเดือน ต่อบุตรหนึ่งคน สำหรับบุตรอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน 2 คน

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้ประกันตน ต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) กำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน โดยกรอกแบบคำขอฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนลงพร้อมลงลายมือชื่อ วัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ ไว้เป็นหลักฐาน
2. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริงครบถ้วน ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตนทราบ
3. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
4. การรับเงิน ดังนี้ ผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ ที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตนเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกันตน ภายใน 5 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลา ให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการส่งคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัย เจ้าหน้าที่อาจขอข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง
3. ในกรณีผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น นำฝากทางไปรษณีย์ หรือฝากผู้อื่นส่ง เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วพบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน นำส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

4. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินการ จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามที่เจ้าหน้าที่แจ้ง และได้ตรวจสอบเอกสารการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เรียบร้อยแล้ว

5. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

6. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ พร้อมแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับให้พนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 40 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่รับคำขอ ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสาร และบันทึกแบบคำขอคำขอ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลวินิจฉัยจากเอกสารและข้อเท็จจริงและ แจ้งคำสั่งประโยชน์ทดแทน (หมายเหตุ: -)	30 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินอนุมัติ และจ่ายประโยชน์ทดแทน (กรณีรับเงิน สด/เช็ค ณ สำนักงาน) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.2-01/ม.40) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	สำเนาสูติบัตรของบุตร พร้อมฉบับจริงแสดง ต่อเจ้าหน้าที่ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
3)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง

ลำดับ	ข้อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
4)	สำเนาทะเบียนสมรส หรือทะเบียนหย่า หรือทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาคำสั่งศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย พร้อมฉบับจริงแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
5)	กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิผู้ประกันตน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (โดยสามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	-

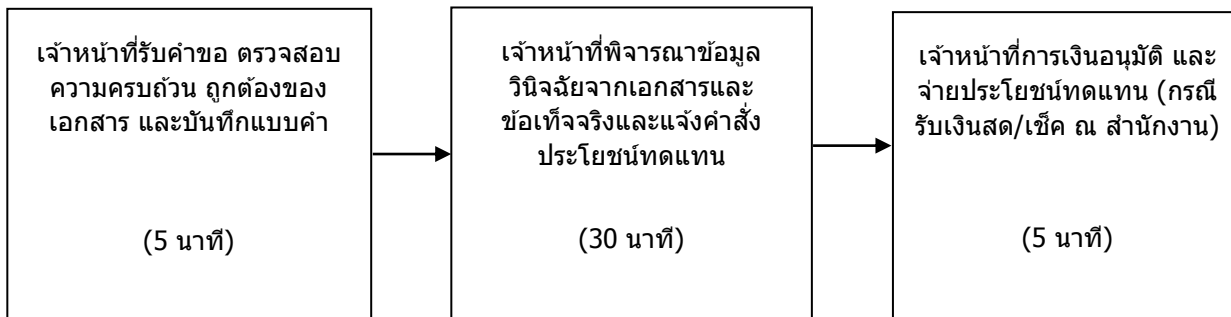
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณีสงเคราะห์บุตร



สรุป รวมระยะเวลา 40 นาที

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

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

หมายเหตุ

-

หมวดการขอรับเงินทดแทนของ กองทุนเงินทดแทน

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่ารักษาพยาบาล)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ลูกจ้าง แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ดาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง
6. ได้รับค่ารักษาพยาบาลจนสิ้นสุดการรักษา เมื่อเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (นายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารใต้ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารใต้ให้นายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและ เลขบัญชีของนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้ออเงินเข้าบัญชีนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนทดแทนที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 30 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วน และถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ พร้อมบันทึกคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	20 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท.44) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ : (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน))	สำนักงานประกันสังคม
3)	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
4)	การประสมอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
6)	คำขอรับเงินทดแทนที่ได้ตรงจ่ายคืน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
7)	กรณีนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (โดยสามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	-
8)	กรณีลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิเป็นต่างชาติรับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
9)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	

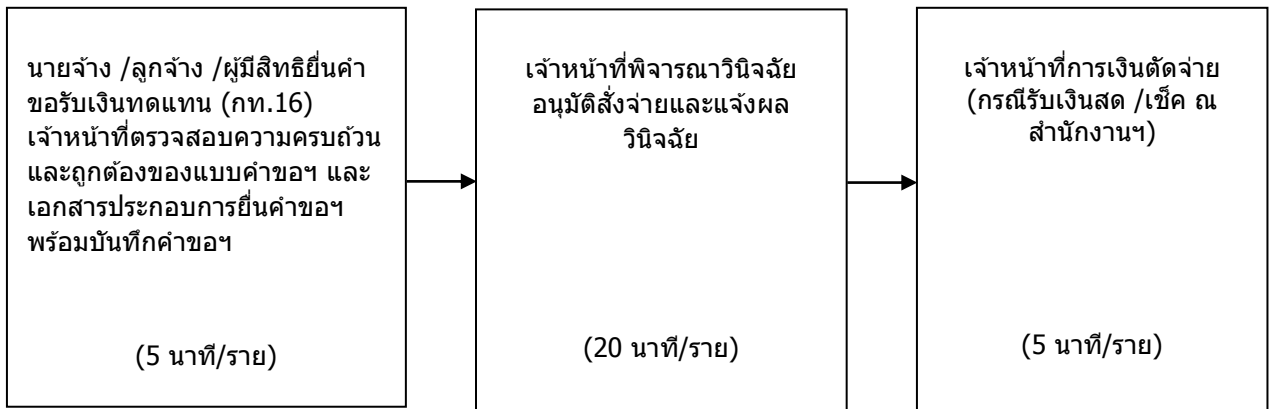
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (คำรักษาพยาบาล)



สรุป รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท.44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษายาบาล ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ลูกจ้าง แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ดาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง
6. ลูกจ้างต้องเข้ารับการฟื้นฟู ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานของสำนักงานประกันสังคม
7. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน
8. ลูกจ้างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงาน ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานแล้ว

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ลูกจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (นายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคารดีให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารดีให้นายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและ เลขบัญชีของนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้ออเงินเข้าบัญชีนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 30 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง / ลูกจ้าง ยื่นคำขอรับค่าฟื้นฟู เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบ พร้อมบันทึกคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	20 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	จุดรับคำขอ
2)	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของ สถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	มติดอกอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	จุดรับคำขอ
4)	ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	กรณีนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเอง ต้องนำ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้ มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มี ชื่อและเลขที่บัญชีของนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (โดยสามารถเลือกรับเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน)	กรมการปกครอง
6)	กรณีลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิเป็นต่างชาตินำเงินด้วยตนเองต้องนำ หนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
7)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

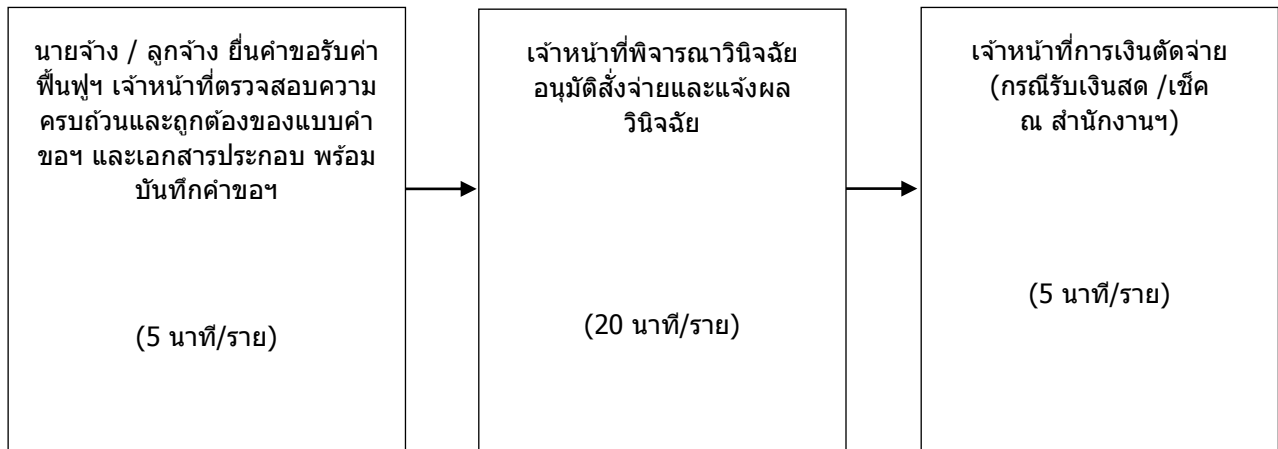
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)



สรุป รวมระยะเวลา 30 นาที /ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ลูกจ้าง แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างจนทำให้ถึงแก่ความตายหรือสูญหาย
6. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน
7. ผู้จัดการศพ ได้รับค่าทำศพตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้จัดการศพ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารดีให้ผู้จัดการศพ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขบัญชีของผู้จัดการศพเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้ออเงินเข้าบัญชีผู้จัดการศพ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 25 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง / ผู้มีสิทธิยื่นหนังสือรับรองจัดการศพ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ความครบถ้วนและถูกต้องของเอกสาร พร้อมบันทึกคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่าย และแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	15 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของ สถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	หลักฐานแสดงการเสียชีวิต ใบขึ้นสูตศพ ใบมรณบัตรของ ลูกจ้าง บันทึกรประจำวันตำรวจ (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	การประสมอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุ นอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการ ลงเวลาทำงาน บันทึกรประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
6)	ใบรับรองการจัดการศพหรือใบเสร็จรับเงินค่าจัดการศพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
7)	กรณีผู้จัดการศพมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัว ประชาชนฉบับจริงไปแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็น หนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และ ผู้รับมอบไปแสดงหรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนา สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้จัดการศพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (โดยสามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส))	-
8)	กรณีผู้จัดการศพเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำ หนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้และการรับเงิน ให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับและแสดงเอกสารที่เป็น ต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ)	กรมการกงสุล
9)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนา ทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็น	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ภาษาต่างประเทศให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	

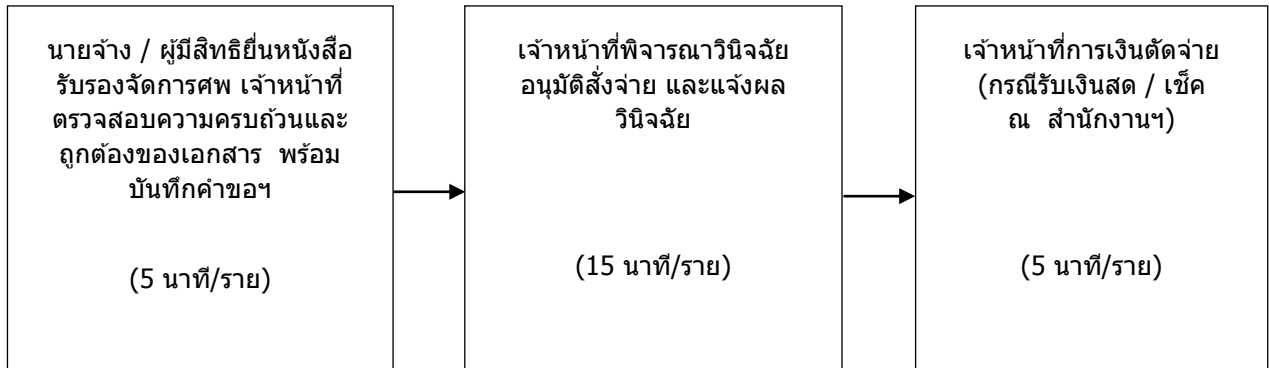
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทำศพ)



สรุป รวมระยะเวลา 25 นาที /ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ลูกจ้าง แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง
6. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าลูกจ้างหยุดพักรักษาตัว
7. ได้รับค่าทดแทนรายเดือนร้อยละ 70 ของค่าจ้าง เมื่อลูกจ้างหยุดพักรักษาตัวตามใบรับรองแพทย์ ตั้งแต่วันแรกที่ไม่สามารถทำงานได้ รวม ไม่เกิน 1 ปี

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นายบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจ ให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารนัดให้นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขบัญชีของนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทนที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 40 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร นายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ พร้อมบันทึกคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	30 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของ สถานพยาบาลที่ระบุวันหยุดพักรักษาตัว ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุ นอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลง เวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	แบบรายงานการกลับเข้าทำงาน หรือหลักฐานแสดงการหยุดงาน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	คำขอรับเงินทดแทนที่ได้ทดรองจ่ายคืน พร้อมหลักฐานที่ นายจ้างได้มีการทดรองจ่ายให้ลูกจ้างไปแล้ว (กรณีนายจ้าง มีการทดรองจ่ายเงินให้ลูกจ้างไปแล้ว) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
6)	กรณีนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิได้รับเงิน ด้วยตนเอง ต้องนำ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจ ต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของ ผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้ แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้า แรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของนายจ้าง / ลูกจ้าง / ผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด(มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการ เกษตรและสหกรณ์การเกษตร)	กรมการปกครอง
7)	กรณีนายจ้าง / ผู้มีสิทธิเป็นต่างชาติได้รับเงินด้วยตนเอง ต้อง นำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทาง ชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และ การรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
8)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาใบรับรองสำเนา ทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็น ภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรอง ความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล

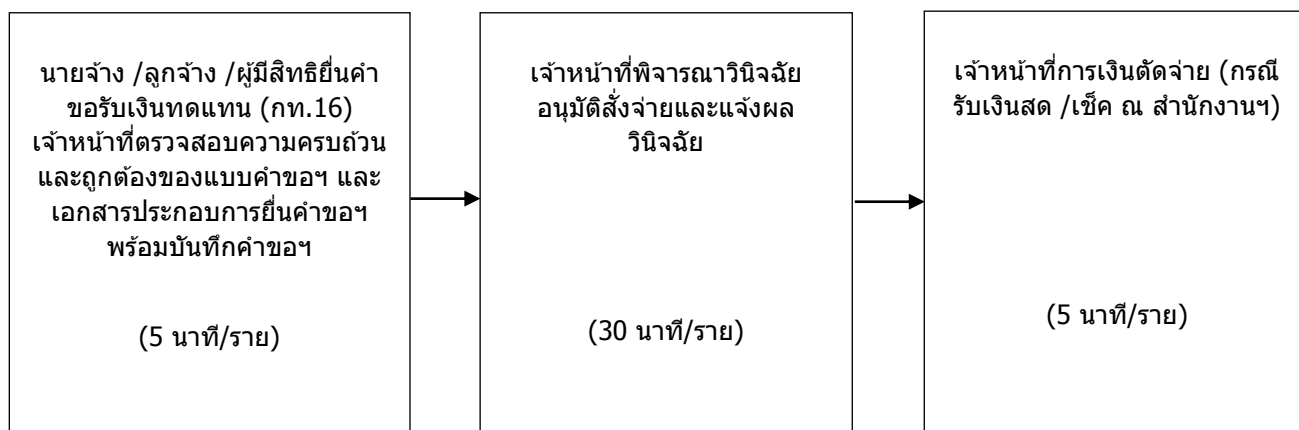
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้)



สรุป รวมระยะเวลา 40 นาที / ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ลูกจ้าง แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง และมีการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ของร่างกาย
6. ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม (โดยลูกจ้างจะประเมินการสูญเสียได้ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ทางกายภาพอย่างเต็มที่แล้ว หรือสิ้นสุดการรักษาซึ่งไม่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ และพยาธิสภาพของอวัยวะนั้น คงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอีก หรือเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับแต่วันที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย) หรือกรณีสูญเสียอวัยวะตามมาตรา 18 (2) ถ้ามีการสูญเสียอวัยวะที่ชัดเจน ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว เช่น นิ้วมือขาดออกจากกันอย่างชัดเจน และไม่สามารถต่อให้ติดกันได้อีก โดยสามารถจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทน และหลักเกณฑ์ และวิธีการคำนวณค่าจ้าง รายเดือน ฉบับลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562
7. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน พร้อมทั้งได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม หรือมีการสูญเสียอวัยวะที่ชัดเจนตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์ฯ เรียบร้อยแล้ว
8. ได้รับค่าทดแทนรายเดือน ร้อยละ 70 ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ

3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง / ลูกจ้างทราบ

4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าจะเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ลูกจ้างขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารดีให้ลูกจ้าง ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขบัญชีของลูกจ้างเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีลูกจ้าง ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทาง เว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 30 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ลูกจ้างยื่นขอรับค่าสูญเสียฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบรายงานการ ประเมินการสูญเสียฯ กับสภาพสูญเสีย พร้อมบันทึกค่าขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับค่าขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	20 นาที	จุดรับค่าขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด /เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับค่าขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของ สถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุ นอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลง เวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	สำเนาเวชระเบียน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	ภาพถ่ายหรือภาพวาดอวัยวะที่สูญเสียสมรรถภาพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
6)	แบบรายงานการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ หรือของทั้งร่างกาย ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
7)	คำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือเป็นระยะเวลาอย่างอื่น (กรณีขอรับค่าทดแทนล่วงหน้า) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
8)	กรณีลูกจ้างมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของลูกจ้าง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด(มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)	กรมการปกครอง
9)	กรณีลูกจ้างเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
10)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

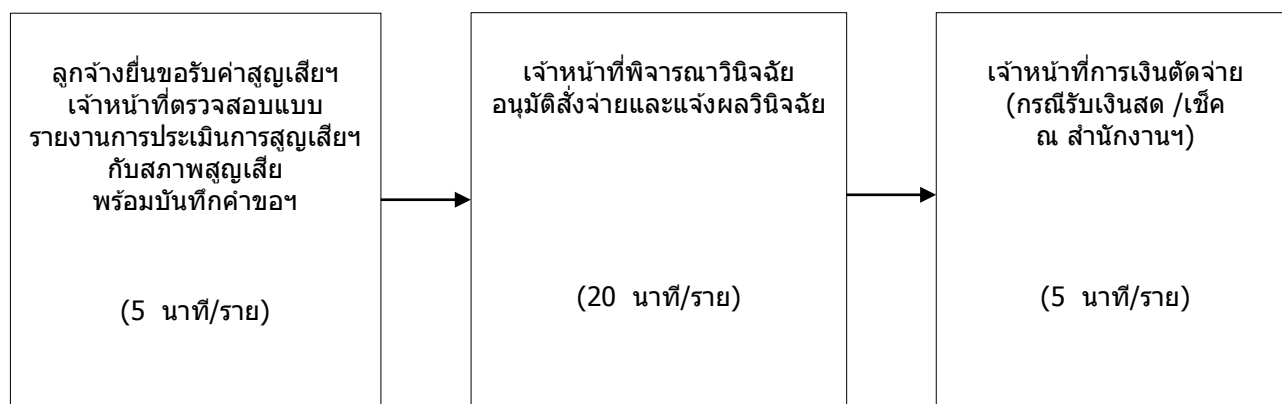
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน
(ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย)**



สรุป รวมระยะเวลา 30 นาที/ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ลูกจ้าง แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง และเป็นทุพพลภาพ
6. ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม (โดยลูกจ้างจะประเมินการสูญเสียได้ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ทางกายภาพอย่างเต็มที่แล้ว หรือสิ้นสุดการรักษาซึ่งไม่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ และพยาธิสภาพของอวัยวะนั้น คงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอีก หรือเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับแต่วันที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย) หรือกรณีสูญเสียอวัยวะตามมาตรา 18 (3) ถ้ามีการสูญเสียอวัยวะที่ชัดเจน ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว เช่น ขาทั้งสองข้างขาด มือทั้งสองข้างขาด เป็นต้น โดยสามารถจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทน และหลักเกณฑ์ และวิธีการคำนวณค่าจ้างรายเดือน ฉบับลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562
7. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน พร้อมทั้งได้รับการประเมินการเป็นผู้ทุพพลภาพจากแพทย์ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคม หรือเป็นผู้ทุพพลภาพตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์ฯ เรียบร้อยแล้ว
8. ได้รับค่าทดแทนรายเดือน ร้อยละ 70 ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลาตลอดชีวิต

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ลูกจ้าง ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ

3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง / ลูกจ้างทราบ

4. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการวินิจฉัย เจ้าหน้าที่จะออกหนังสือรับเรื่องให้แก่ผู้ยื่นคำขอฯ เก็บไว้เป็นหลักฐานและแจ้งให้ทราบว่าจะขาดเอกสารใด นายจ้าง/ลูกจ้าง ต้องนำเอกสารหลักฐานมาให้เจ้าหน้าที่ภายในระยะเวลาที่กำหนด เจ้าหน้าที่จึงจะสามารถพิจารณาเรื่องให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้

5. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าจะเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

6. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ลูกจ้างขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคารได้ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารดีให้ลูกจ้าง ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขบัญชีของลูกจ้างเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีลูกจ้าง ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

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

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 30 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ลูกจ้างยื่นขอรับค่าทุพพลภาพ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบรายงานการประเมินทุพพลภาพกับสภาพร่างกาย พร้อมบันทึกค่าขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับค่าขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	20 นาที	จุดรับค่าขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด /เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับค่าขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	สำเนาเวชระเบียน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ)	-
5)	ภาพถ่ายหรือภาพวาดอวัยวะที่สูญเสียสมรรถภาพ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
6)	แบบรายงานการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของทั้งร่างกาย ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
7)	คำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือเป็นระยะเวลาอย่างอื่น (กรณีขอรับค่าทดแทนล่วงหน้า) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
8)	กรณีลูกจ้างมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของลูกจ้าง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด(มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)	กรมการปกครอง
9)	กรณีลูกจ้างเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
10)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

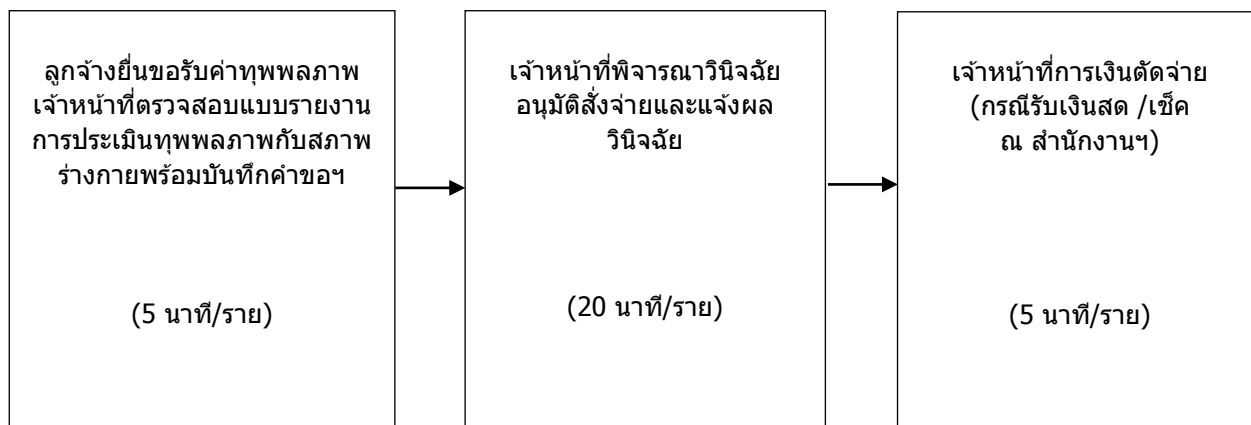
ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ)



สรุป รวมระยะเวลา 30 นาที /ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
2. ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
3. นายจ้าง ผู้มีสิทธิ แจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงานในระบบ E-Compensate ผ่านช่องทาง www.sso.go.th
4. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
5. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง จนทำให้ถึงแก่ความตายหรือสูญหาย
6. เจ้าหน้าที่ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยแล้วว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเกิดเนื่องจากการทำงาน
7. ผู้มีสิทธิได้รับค่าทดแทนรายเดือน ร้อยละ 70 ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลา 10 ปี

หมายเหตุ : ทั้งนี้ การยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) เพียงครั้งเดียวสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้ ค่าทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง /ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลากำหนด และมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง /ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้
5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้
 - 1) กรณีรับเงินสด/เช็ค (ผู้มีสิทธิขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดง หรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคารได้ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน สำนักงานฯ จะส่งธนาคารดีให้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อ และเลขบัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่อง และตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่/โทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุด ที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 60 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้มีสิทธิ ยื่นเอกสารการเป็นผู้มีสิทธิ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความ ครบถ้วนและถูกต้องของเอกสาร พร้อมบันทึกคำขอฯ (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย อนุมัติสั่งจ่ายและแจ้งผลวินิจฉัย (หมายเหตุ: -)	50 นาที	จุดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่การเงินตัดจ่าย (กรณีรับเงินสด /เช็ค ณ สำนักงานฯ) (หมายเหตุ: -)	5 นาที	จุดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบแจ้งการประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	ใบรับรองแพทย์ (กท.16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	การประสมอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุ นอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลง เวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
4)	ใบมรณบัตร ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	สูติบัตรของบุตร ทะเบียนสมรสของลูกจ้าง กับสามีหรือภรรยา ทะเบียนสมรสของบิดา - มารดา สำเนาทะเบียนบ้านของลูกจ้าง บิดา - มารดา ภรรยาหรือสามี บุตร / ทะเบียนหย่าของลูกจ้าง หรือบิดามารดาหรือคู่สมรส (ถ้ามี) /หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ของลูกจ้าง บิดามารดา คู่สมรส บุตร (ถ้ามี) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
6)	กรณีผู้มีสิทธิเสียชีวิต เช่น สามีหรือภรรยา บิดามารดา หรือบุตร ต้องมีหลักฐานสำเนาใบมรณบัตรของทุกคน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง
7)	คำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือเป็นระยะเวลาอย่างอื่น (กรณีขอรับค่าทดแทนล่วงหน้า) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
8)	รูปถ่ายผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 2 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
9)	กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไป แสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงิน ฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชี ของผู้มีสิทธิ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (สามารถเลือกรับเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อ การเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.))	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
10)	กรณีผู้มีสิทธิเป็นต่างชาตินำเงินด้วยตนเอง ต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงิน ให้ใช้เอกสารฉบับจริง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการกงสุล
11)	เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-

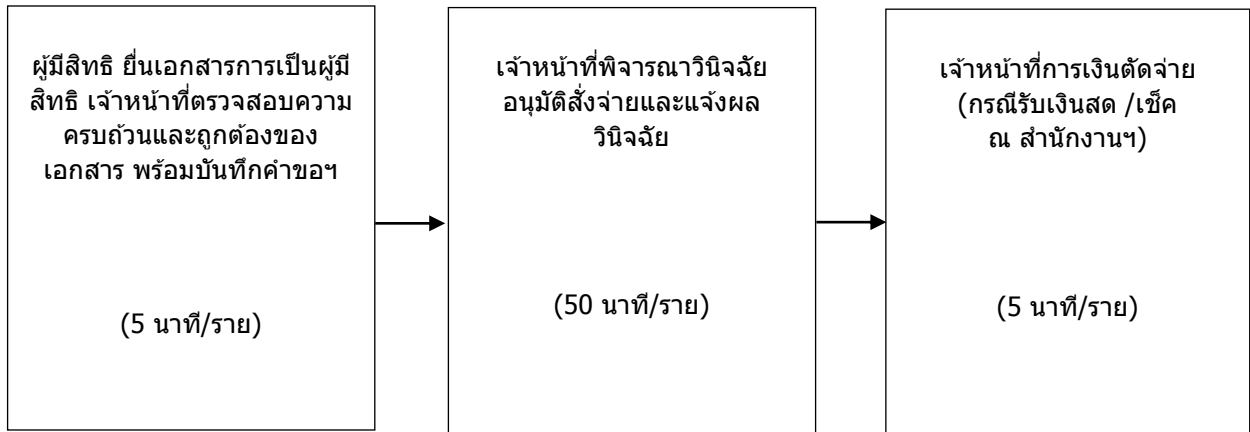
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)



สรุป รวมระยะเวลา 60 นาที/ราย

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
-	ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
-	แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)

หมายเหตุ

-

หมวดการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยน สถานพยาบาล

คู่มือสำหรับประชาชน : การกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วย การกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2560

1. หลักเกณฑ์การกำหนดสิทธิ

จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานจะกำหนดสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- 1.1 ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 15 ของเดือน (ก่อน 16.30 น. ของวันที่ 15) สิทธิการรักษาเริ่มวันที่ 16 ของเดือน
- 1.2 ตั้งแต่วันที่ 16 ถึงวันทำการสุดท้ายของเดือน (ก่อน 16.30 น. ของวันสุดท้ายของเดือน) สิทธิการรักษาเริ่มวันที่ 1 ของเดือนถัดไป

2. หลักเกณฑ์การเลือกสถานพยาบาล

ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิต้องเลือกสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตจังหวัดที่ประจำทำงานอยู่หรือพักอาศัย อยู่จริง หรือเขตจังหวัดรอยต่อ โดยการเลือกสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

2.1 ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่เข้าทำงานกับนายจ้าง ให้กรอกแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด พร้อมเลือกสถานพยาบาลและยื่นต่อนายจ้าง เพื่อให้นายจ้างแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงาน หรือกรอกและยื่นแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

2.2 ผู้มีสิทธิตามมาตรา 38 ที่จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ให้กรอกแบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด พร้อมเลือกสถานพยาบาลและยื่นต่อสำนักงาน

2.3 ผู้มีสิทธิตามมาตรา 38 และมาตรา 41 ให้กรอกแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) และยื่นต่อสำนักงาน หรือกรอกและยื่นแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถตรวจสอบสิทธิได้จาก www.sso.go.th/โทรศัพท์สายด่วน/1506/Application SSO Connect/Line @ssothai สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ และเครื่อง Smart Kiosk ของกระทรวงมหาดไทย

3. หลักเกณฑ์การเปลี่ยนสถานพยาบาล

3.1 ผู้ประกันตนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึงวันที่ 31 มีนาคมของทุกปี โดยยื่นแบบได้ตั้งแต่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป และสามารถยื่นเปลี่ยนได้ด้วยตนเองที่สำนักงานประกันสังคมเขตจังหวัด สาขา/ www.sso.go.th/ Application SSO Connect / Line @ssothai

3.2 เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี กรณีมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงานหรือพิสูจน์ทราบว่ามีทางเลือกสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ โดยผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธินั้นไม่ประสงค์ จะไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลดังกล่าว ทั้งนี้ กรณีย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน ให้ยื่นเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวันนับแต่วันที่ย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน

****** ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยในและจำเป็นต้องไปรับการรักษาต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลใดๆ ก็ตาม สำนักงานจะไม่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ หรือทำการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิจนกว่าจะสิ้นสุดการรักษาพยาบาลในครั้งนั้นก่อน และสำนักงานต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ฉบับที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้น

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ในขณะนั้น ผู้รับคำขอและผู้ยื่น คำขอจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอ จะดำเนินการคืนคำขอ และเอกสารประกอบการพิจารณา
2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอ จะดำเนินการแก้ไข คำขอ หรือยื่นเอกสาร เพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้น เรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: (ที่อยู่ /โทรศัพท์ ปรากฏตามภาคผนวก หรือ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 3 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารผู้ประกันตนยื่นแบบเลือกสถานพยาบาล ในการรับบริการทางการแพทย์ - กรณีผู้ประกันตนเคยขึ้นทะเบียน/ผู้ประกันตน สิ้นสุดการเป็น ผู้ประกันตามมาตรา 33 /มาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41 แบบฟอร์ม สปส. 9-02 - กรณีผู้ประกันตนไม่เคยขึ้นทะเบียนใช้แบบฟอร์ม สปส.1-03 (หมายเหตุ: -)	1 นาที	จัดรับคำขอ
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของฐานข้อมูลผู้ประกันตน และ บันทึกข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลในระบบคอมพิวเตอร์ (หมายเหตุ: -)	1 นาที	จัดรับคำขอ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เจ้าหน้าที่อนุมัติในระบบคอมพิวเตอร์ ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนยัง ไม่เคยขึ้นทะเบียนประกันสังคมเนื่องจากระบบคอมพิวเตอร์ จะประมวลผลเมื่อมีเงินสมทบครบ 3 เดือนภายใน 15 เดือน (หมายเหตุ: -)	1 นาที	จัดรับคำขอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ (สปส.1-03) พร้อมหนังสือนำส่ง (สปส.1-02) ฉบับจริง 2 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
2)	แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
3)	แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20) กรณีสมัครเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม
4)	แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02) กรณีเส้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน/กรณีลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานประกันสังคม

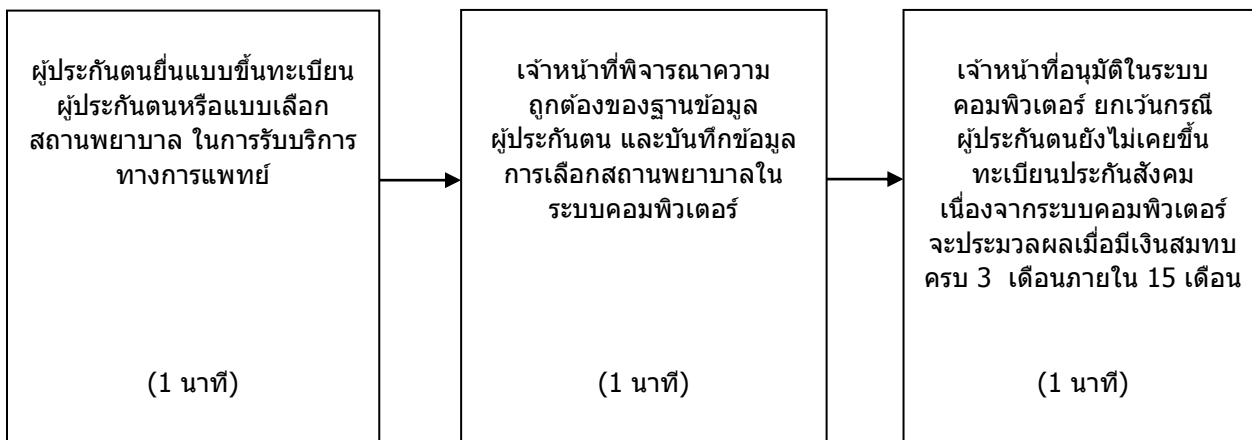
ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 / สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขาทั่วประเทศ (หมายเหตุ: (ที่อยู่และโทรศัพท์ สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ www.sso.go.th))
2)	เว็บไซต์ www.sso.go.th (หมายเหตุ: -)
3)	สายด่วน 1506 (หมายเหตุ: -)
4)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
5)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการกำหนดสิทธิ/การเปลี่ยนสถานพยาบาล
ในการรับบริการทางการแพทย์**



สรุป รวมระยะเวลา 3 นาที

- หมายเหตุ :**
- กรณีเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตามมาตรา 33 /มาตรา 39 หรือบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41 ใช้แบบฟอร์ม สปส.9-02
 - กรณียังไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนใช้แบบฟอร์ม สปส.1-03 และจะประมวลผลกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อมีเงินสมทบครบ 3 เดือน

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
-	หนังสือนำเสนอแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-02)
-	แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03)
-	แบบคำขอเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (สปส.1-20)
-	แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส.9-02)

หมายเหตุ

-

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

สำหรับเจ้าหน้าที่	เลขที่บัญชี
กองทุนประกันสังคม อัตราเงินสมทบ	กองทุนเงินทดแทน ประเภทกิจการ..... รหัสประเภทกิจการ อัตราเงินสมทบ
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่รับแบบ...../...../.....	

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

2. รายชื่อเจ้าของกิจการ หุ้นส่วน หรือกรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
- | ชื่อ - ชื่อสกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ที่อยู่อาศัย | หมายเลขโทรศัพท์ |
|-----------------|--------------------|--------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอก ข้อความต่อไปจนครบทุกคน)

3. ปัจจุบันมีลูกจ้างรวมทั้งสิ้น.....คน ตามรายละเอียดดังนี้
- 3.1 สำนักงานใหญ่ (ตามข้อ 1) จำนวน.....คน
- 3.2 ชื่อและที่ตั้งสาขาหรือสถานที่ทำงาน (ถ้ามี) จำนวนทั้งสิ้น.....สาขา/แห่ง ดังนี้
- (1) ชื่อสาขาหรือสถานที่ทำงาน.....จำนวน.....คน
 นำส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา
 ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- (2) ชื่อสาขาหรือสถานที่ทำงาน.....จำนวน.....คน
 นำส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา
 ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอก ข้อความต่อไปจนครบทุกสาขา)

4. มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. มีผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงในกิจการของสถานประกอบการ (ตามข้อ 3) มี ☐ ไม่มี ☐
- (ในกรณีมีผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ให้ระบุชื่อ ที่อยู่ผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ประเภทของงานที่รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง และจำนวนลูกจ้างของผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงแต่ละราย)

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

6. ประเภทของการประกอบกิจการ

- ☐ (1) ผลิตหรือประกอบ (ให้ระบุรายละเอียดโดยย่อเกี่ยวกับวัตถุดิบ กระบวนการผลิตและผลผลิตสุดท้าย)
- ☐ (2) ให้บริการ (ให้ระบุประเภทของการบริการ)
- ☐ (3) ซื้อขายสินค้า (ให้ระบุประเภทการขายส่ง/ปลีก และสินค้าที่ซื้อขาย)
- ☐ (4) อื่นๆ (ให้ระบุ).....

รายละเอียดประเภทกิจการ

(ถ้ากระดาดไม่พอให้ใช้กระดาดอื่นกรอกข้อความต่อไปจนครบทุกกิจการ)

7. ค่าจ้างโดยประมาณเดือนละ.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ พร้อมได้แนบเอกสารต่างๆ ตามที่ได้ระบุไว้ในรายละเอียดด้านล่างมาด้วย จำนวน.....ฉบับ



ลงชื่อ(นายจ้าง)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยี่นวันที่.....

เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบสำหรับการยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง

กรณีจดทะเบียนนิติบุคคล

1. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ

2. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง

- กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน

- กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT

หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาต

ให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

3. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

กรณีเจ้าของคนเดียว/กิจการร่วมค้า

1. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ

2. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง

2.1 กรณีเจ้าของคนเดียว ใช้บัตรประจำตัวประชาชน

2.2 กรณีกิจการร่วมค้า

- กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน

- กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าว ใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT

หรือ VISA หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาต

ให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

3. หนังสือสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

4. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น กรณีห้างหุ้นส่วนสามัญ/นิติบุคคลอาคารชุด/หมู่บ้าน/มูลนิธิ/สมาคม/

สหกรณ์ เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบเพิ่มเติม ดังนี้

ข้อบังคับ และรายงานการประชุมแต่งตั้งผู้จัดการ หรือหนังสือจัดตั้งฯ หรือหนังสือรับรองการประชุม

หมายเหตุ

:เอกสารแต่ละประเภทขึ้นอยู่กับประเภทธุรกิจและลักษณะของนายจ้าง

:กรณีนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ให้แนบสัญญาว่าจ้าง

หนังสือมอบอำนาจ

เลขที่บัญชีสถานประกอบการ.....

เขียนที่.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ตำแหน่ง.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....และข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ตำแหน่ง.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เป็นผู้มีอำนาจลงนามแทนสถานประกอบการชื่อ

.....ตั้งอยู่เลขที่.....

.....โทรศัพท์.....

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

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

ตำแหน่ง.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

.....โทรศัพท์.....และ/หรือ

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

สัญชาติ..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันพักอยู่บ้านเลขที่.....

โทรศัพท์.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในการดำเนินการเกี่ยวกับ

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

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

โดยข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้กระทำการไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ

ปิดอากรแสตมป์

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นลายมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ และผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

การมอบอำนาจ

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



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สปส.1-03

① ข้อมูลนายจ้าง

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี.....
 เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล..... ลำดับที่สาขา.....
 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน..... ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

② ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 ☐ ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน
☐ เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง 1. 2.
 2.2 ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 2.3 เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว)
 2.4 สถานภาพครอบครัว
☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่
☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ.
 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ.
 2.5 สภาพร่างกาย ☐ 1.ปกติ ☐ 2.พิการ แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ระบุประเภทความพิการ ☐ 2.1 ทางกรมมองเห็น ☐ 2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 2.3 ทางการเคลื่อนไหว ☐ 2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม
☐ 2.5 ทางสติปัญญา ☐ 2.6 ทางการเรียนรู้ ☐ 2.7 ออทิสติก
 2.6 สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร ดังนี้
☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่..... หรือ
☐ อื่นๆ (ระบุ)เลขที่..... และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ



ลงชื่อนายจ้าง
 (.....)
 ตำแหน่ง
 วันที่

③ ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ..... ☐ ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ
☐ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล
☐ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ลำดับที่ 1. ลำดับที่ 1.
 ลำดับที่ 2. ลำดับที่ 2.
 ลำดับที่ 3. ลำดับที่ 3.

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูล
 การเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัตรประกันสังคม
☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ
☐ ไม่เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล.....

ลงชื่อ.....ผู้รับแบบ/เจ้าหน้าที่
 (.....)
 วันที่.....

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

เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้

(คำเตือนและคำอธิบายดูด้านหลัง)

- คำเตือน** 1. นายจ้างผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตน กรณีนิติบุคคลต้องเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง เช่น ลูกจ้างลาออกหรือถูกเลิกจ้าง ให้แจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือน ถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบ สปส.6-09 หากฝ่าฝืน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
3. การยื่นแบบเป็นเท็จ เช่น นำบุคคลที่ไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำการกรอกแบบ

- ให้เลือก ☒ ในหัวข้อที่ต้องการ
 - ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ให้นายจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ① และลูกจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ②
(ข้อ 2.1 – 2.6 สำหรับผู้ประกันตนคนไทยและคนต่างด้าว และ ข้อ 2.5 สำหรับคนพิการ)
 - ข้อมูลการเลือก/ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ให้ลูกจ้างกรอกข้อมูล ③
สำนักงานประกันสังคมจะเลือกสถานพยาบาลตามลำดับ 1 – 3 หากสถานพยาบาลใดเต็มศักยภาพจะเลือกสถานพยาบาลถัดไปให้ผู้ประกันตน
 - เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้นายจ้างและลูกจ้างลงลายมือชื่อ
- 1. ข้อมูลนายจ้าง**
- ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา ตามที่ได้ขึ้นทะเบียน นายจ้างไว้กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงช่องลำดับที่สาขา
 - ทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ให้กรอกเลขที่บัตรประชาชนของเจ้าของกิจการกรณีเป็นกิจการเจ้าของคนเดียว และเลขทะเบียนนิติบุคคล กรณีสถานประกอบการจดทะเบียนนิติบุคคล
 - วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน และกรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่น ๆ

2. ข้อมูลผู้ประกันตน

- กรณีไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือกรณีทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง และระบุชื่อสถานประกอบการทุกแห่ง
- ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☒ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน ให้กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ วัน เดือน ปีเกิด ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
- ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
- สถานภาพครอบครัว ให้ทำเครื่องหมายช่อง ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ (แล้วแต่สถานภาพของแต่ละบุคคล)
หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่สมรสใหม่
หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง
แยกกันอยู่ คือ มีได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่
- 2.4.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี กรุณากรอก พ.ศ. ปีเกิด
- 2.4.2 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

สถานภาพครอบครัว

- | | | | | |
|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| ☐ 1. โสด | ☒ 2. สมรส | ☒ 3. หม้าย | ☐ 4. หย่า | ☐ 5. แยกกันอยู่ |
| ☐ ไม่มีบุตร | ☒ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. 2553 ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. 2555 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. 2557 | | | |

- 2.5 สภาพร่างกาย หากปกติ ☒ ปกติ หากพิการ ☒ พิการ และให้ระบุประเภทความพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ 1. ทางการมองเห็น 2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3. ทางการเคลื่อนไหว 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ทางสติปัญญา 6. ทางการเรียนรู้ 7. ออทิสติก
- 2.6 สำหรับคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ผู้ประกันตนมีเอกสารหลักฐาน เช่น หนังสือเดินทาง ทำเครื่องหมาย ☒ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) กรณีมีเอกสารอื่น เช่น ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำเครื่องหมาย ☒ อื่น ๆ (ระบุ) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

3. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

- กรณีลูกจ้างเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วให้ทำเครื่องหมาย ☒ มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลปัจจุบันที่ใช้สิทธิ หากไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้ ☒ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล หากต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ☒ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น
- กรณีลูกจ้างไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนหรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้วแต่ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ หรือบัตรรับรองสิทธิฯ หมดอายุ ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการ/ประกันสังคมจังหวัด.....

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐานการแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

- ☐ เห็นสมควรอนุมัติให้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39
- ☐ ไม่สมควรอนุมัติให้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เนื่องจาก
- ☐ จ่ายเงินสมทบตามมาตรา 33 ไม่ครบสิบสองเดือน
- ☐ ยื่นคำขอเกินหกเดือนนับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....



แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

8. ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และขอรับรองว่ามีคุณสมบัติตามกฎหมายประกันสังคม

หมายเหตุ เอกสารหลักฐานในการสมัครใช้บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้แทนบัตรประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

สปส. ☐☐☐☐

เลขที่รับ ☐☐☐☐/ ☐☐☐☐☐☐☐

วันที่รับ.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....

ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....

ได้ตรวจสอบแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) และคุณสมบัติของผู้สมัครแล้วมีความเห็นว่า

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

✂

ส่วนของผู้สมัคร



ได้รับแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ของ นาย/นาง/นางสาวแล้ว เมื่อวันที่.....

ทั้งนี้ ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะเริ่มตั้งแต่เดือนที่ได้รับอนุมัติการเป็นผู้ประกันตนและได้จ่ายเงินสมทบแล้ว

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

โทร.

คำแนะนำในการกรอกแบบ

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

หมายเหตุ

1. คุณสมบัติของผู้สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะต้องมีความสมบูรณ์ ดังนี้
 - 1.1 มีสัญชาติไทย หรือ
 - 1.2 เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลขหกหรือเลขเจ็ด หรือ
 - 1.3 เป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลขศูนย์ ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยแต่มีเลขประจำตัวหลักแรกและหลักที่สองเป็นเลขศูนย์
 - 1.4 ผู้สมัครต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
 - 1.5 ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39
 - 1.6 ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่สมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น
 - 1.7 หากเป็นบุคคลซึ่งเป็นผู้พิการ ให้ระบุลักษณะหรืออาการของผู้พิการโดยละเอียด (ยกเว้นผู้พิการทางสติปัญญาและผู้พิการที่ไม่อาจรับรู้สิทธิที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไม่สามารถสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้)
2. การรับสมัครและขึ้นทะเบียน
ให้ผู้ที่มีประสงค์สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยื่นแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา

หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

เขียนที่ธนาคาร.....สาขา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร.....สาขา.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากประเภทเพื่อเรียก/ออมทรัพย์
 บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....สาขา.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นตามจำนวนที่ข้าพเจ้าต้องส่งเป็นเงินสมทบของ
 ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้
 ธนาคารดำเนินการนำเข้าบัญชีเงินฝากกองทุนประกันสังคมมาตรา 40 ทุกวันที่ 20 ของเดือน ให้แก่สำนักงานประกันสังคม ถ้าวัน
 ดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร ขอให้ธนาคารหักเงินในวันทำการถัดไป

การหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าให้แก่สำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินค่าธรรมเนียมใน
 การหักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามอัตราที่ธนาคารกำหนด และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า
 ได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอสำหรับการหักบัญชีเพื่อการชำระเงินสมทบตามกำหนดเวลาดังกล่าวข้างต้น และธนาคารจะไม่มีการ
 หักบัญชีเงินฝากเพื่อจ่ายเงินสมทбы่อนหลัง

กรณีเงินในบัญชีเงินฝากมีไม่เพียงพอให้ธนาคารหักเป็นเงินสมทบและเงินค่าธรรมเนียม ข้าพเจ้ารับทราบว่าสามารถไป
 ชำระเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคมหรือสถานที่อื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดได้

การหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่การชำระเงินสมทบเดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป
 และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารหรือสำนักงานประกันสังคมทราบ
 ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้ามาแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
 (.....)

ส่วนที่ 2

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/ประกันสังคมจังหวัด/สาขา
 ธนาคารได้ตรวจสอบลายมือชื่อผู้ให้คำยินยอมถูกต้องแล้ว และจะดำเนินการตามความประสงค์ของ
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เจ้าของบัญชีเงินฝากข้างต้นต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ
 (.....)

ผู้จัดการสาขา/ผู้ทำการแทน



แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ / -

วันที่รับ

ชื่อสถานประกอบการ ☐ บริษัท ☐ ห้างหุ้นส่วน ☐ บุคคลธรรมดา.....

เลขที่บัญชี - - ลำดับที่สาขา

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ จังหวัด.....

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

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ ☐ ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงพร้อมทั้ง

กรอกรายละเอียดเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)

☐ 1. ย้ายสถานประกอบการ.....

ไปอยู่ที่ : เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน.....

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

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

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

เนื่องจาก

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

☐ 4. เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ ☐ 5. เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม ☐ 6. เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ

จากเดิม.....

เปลี่ยนเป็น.....

เอกสารแนบ ☐ หนังสือมอบอำนาจ

☐ 7. เพิ่มจำนวนสาขา ชื่อสาขา (ถ้ามี)..... ตั้งแต่วันที่.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... นำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก ลำดับที่สาขา)

☐ 8. ยกเลิกสาขา ลำดับที่สาขา

ตั้งแต่วันที่..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ

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

ครั้งสุดท้ายนำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

☐ 9. เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา ลำดับที่สาขา

ตั้งแต่ค่าจ้างประจำเดือน..... พ.ศ.

จากเดิมสำนักงานประกันสังคม..... เป็นสำนักงานประกันสังคม.....

☐ 10. รายการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

รายการที่แจ้งไว้เดิม	เปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็น

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

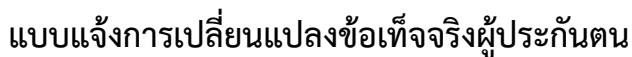


ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ลำดับที่สาขา

--	--	--	--	--	--

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อมูลเดิมและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- ผู้ลงชื่อในแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน เป็นเจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจหรือผู้ลงชื่อในแบบเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 โดยให้แจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคม
- แจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

คำแนะนำในการกรอกแบบ

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

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

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

- ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

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

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

ตัวอย่าง กรณีนาย ค. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกกระบุสภาพร่างกาย ปกติ แต่ต่อมาได้รับความพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือ
เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุความพิการประเภทที่ 1 ทางการมองเห็น และ
ยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมเมื่อครั้งให้ข้อมูลว่าสภาพร่างกาย ปกติ ให้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพร่างกายด้วย

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



แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ

สปส.1-34

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....ชื่อสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ขอแจ้งเปลี่ยนแปลง
(คนต่างด้าวกรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)
สถานที่ติดต่อปัจจุบันเป็นเลขที่.....หมู่.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

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



สปส.1-21

แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ

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

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....



แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

ชื่อสาขา..... ลำดับที่สาขา

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

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

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

- คำเตือน**
- สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน
 - ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง **หากฝ่าฝืน** อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 - การแจ้งข้อเท็จจริงเป็นเท็จ เช่น การแจ้งลาออกไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ



ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

*** สาเหตุ ***

- ลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อนายจ้างภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน
- สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
- เลิกจ้าง/โครงการเกษียณก่อนกำหนด
- เกษียณอายุ
- ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำความผิด/ละทิ้งหน้าที่โดยไม่มีการติดต่อนายจ้างภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน
- ตาย
- โอนย้ายสาขา

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 งานในโครงการ
เฉพาะที่ไม่ใช่ปกติของธุรกิจ 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 วัน
ทำงานติดต่อกัน ให้ ✓ ในช่อง 5
 - กรณีตาย ให้ ✓ ในช่อง 6
 - โอนย้ายสาขา ให้ ✓ ในช่อง 7

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ การเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ ให้มีผลในเดือนถัดจากเดือนที่ยื่นเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ โดยผู้ประกันตน
มีสิทธิเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบได้ปีละหนึ่งครั้ง

สำหรับผู้ประกันตนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

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

เรียน (นาย/นาง/นางสาว).....

สำนักงานประกันสังคม.....ได้รับแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง
และการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณี

- ☐ เปลี่ยนคำนำหน้านาม/ชื่อ/ชื่อสกุลจาก.....เป็น.....
☐ เปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ จากทางเลือกที่.....เป็นทางเลือกที่.....
☐ อื่นๆไว้เรียบร้อยแล้ว และจะดำเนินการตามความประสงค์ของท่านต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. ทำเครื่องหมาย✓ในช่อง□ ที่เป็นข้อมูลของผู้ประกันตนพร้อมกรอกเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ให้ถูกต้องครบถ้วน
2. กรอกรายละเอียดของข้อมูลเดิมของผู้ประกันตนและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ณ ปัจจุบัน ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
3. ให้แนบเอกสารของผู้ประกันตนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

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

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



(สปส.1-40/2)

แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่

หมายเหตุ การแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ให้มีผลนับแต่วันที่ ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40



(สปส.1-40/2)

แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่

หมายเหตุ การแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ให้มีผลนับแต่วันที่ ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี

(1) กท.26 ก



สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่
เลขที่บัญชี

วันที่
กำหนดชำระเงิน

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงิน สมทบร้อยละ	เงินสมทบ
รวมค่าที่อยู่ที่				รวมเงินสมทบในปีนี้มี หัก ☐ เงินค้ำประกัน ☐ เงินฝาก ☐ โฉนดเงินกู้		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)				เงินที่ต้องชำระ		

ไปธนาคารกรุงไทยสาขาเมืองทองธานี เพื่อบริการชำระเงินค่าสมทบเงินทดแทน
เงินที่ควรชำระตามบัญชีเงินสมทบที่ส่งมา

นาย/นาง/นางสาว

แบบแสดงเงินค่าจ้างประจำปีของทุนเงินทดแทน

กท. 20 ก



สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

ชื่อ

เลขที่บัตร

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงิน สมทบร้อยละ	เงินสมทบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรอง

ลงชื่อ

ผู้มีอำนาจลงนาม (ประทับตรา)

()

ตำแหน่ง

วันที่

โทรศัพท์

โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลัง

ใบแจ้งหนี้สำนักงานประกันสังคม ภายในเดือน

ปี



ใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office



09940001596760110000009070025521120058100000002418200

เพื่อชำระเงินกองทุนเงินทดแทน

สาขาที่รับฝาก

วันที่



สำนักงานประกันสังคม



บมจ. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา



บมจ. ธนาคารทหารไทย

ชื่อผู้ชำระเงิน
(Name)

หมายเลขอ้างอิง 1
(Cus. No./Ref. No.1)

หมายเลขอ้างอิง 2
(Ref. No.2)

ชำระโดย
ค.ช.บ.บ.

☐ เงินสด
(CASH)

☐ เงินโอน
(TR)

☐ เช็คธนาคาร
(CHECK/BANK)

☐ สาขา
(BRANCH)

☐ หมายเลขเช็ค
(CHECK NO.)



สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ

วันที่

เลขที่บัญชี

กำหนดชำระเงิน

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงิน สมทบร้อยละ	เงินสมทบ
ชื่อและที่อยู่				รวมเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี		
				หัก ☐ เงินสมทบประจำปี		
				ผลต่าง ☐ เงินคงเหลือ		
				☐ โอนเข้าบัญชี		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)				เงินที่ต้องชำระ		



กรณีย

()

คำนวณ

คำแนะนำ

1. วิธีการชำระเงิน

- (1) ชำระเป็นเงินสด หรือ เช็ค หรือโอนบัญชี ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ตามที่ระบุไว้ในใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี
- (2) ชำระได้แก่การชำระเงินทางธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ
- (3) หากประสงค์จะส่งเช็ค หรือโอนบัญชีเพื่อชำระเงินทางไปรษณีย์ โปรดส่งแบบลงทะเบียนตอบรับ
- (4) การชำระเงินทุกครั้ง โปรดนำใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทนไปด้วย

2. การชำระเงินด้วยเช็ค

- (1) เป็นเช็คของสถาบันประกอบการนั้น มีเลขเช็คส่วนตัว ไม่เป็นเช็คที่ลงวันที่ล่วงหน้า ย้อนหลังไม่เกิน 7 วัน และเป็นเช็คของธนาคารที่ตั้งอยู่ในท้องที่ที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน
- (2) เป็นเช็คที่ครอบคลุมถึงจ่าย "เงินกองทุนเงินทดแทน" และขีดฆ่าคำว่า "หรือผู้ถือ" ออก



สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

ใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทน

สาขาที่รับฝาก

วันที่

เพื่อเข้าบัญชีกรมธรรม์รายวันสำนักงานประกันสังคม



☐ สำนักงานประกันสังคม

☐ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา

☐ ธนาคารกรุงไทย

ชื่อสถานประกอบการ (Name)

หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1)

หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2)

ชำระโดย
(PAID BY)

☐ เงินสด
(CASH)

☐ เงินโอน
(T/R)

☐ เช็คธนาคาร
(CHEQUE/BANK)

☐ สาขา
(BRANCH)

☐ หมายเลขเช็ค
(CHK.NO.)

จำนวนเงิน (AMOUNT)

บาท

เพื่อความชัดเจนของเอกสาร กรุณานำใบชำระเงินฉบับนี้ไปชำระเงินให้แก่สาขาธนาคาร ที่ประสงค์

ผู้นำฝาก

ผู้รับเงิน

ผู้รับมอบอำนาจ



สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ

เลขที่บัญชี

วันที่

กำหนดชำระเงิน

ชื่อและที่อยู่	1001616499	เป็นเงินสมทบจากการตรวจบัญชี	หัก	☐ เงินสมทบประจำปีและรางวัลงาน	ค่าจ้างนอกเวลา	☐ เงินคงเหลือ	☐ โอนเข้าบัญชี
----------------	------------	-----------------------------	-----	--	----------------	--------------------------------------	---------------------------------------

* โปรดนำหลักฐานยืนยันการชำระเงิน หานับวันกำหนดชำระจะต้องชำระเงินคืนตามกฎหมาย
ใบแจ้งการขอคืนเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

การซื้อ

คำแนะนํา

คำแนะนำ

1. วิธีการชำระเงิน

- (1) ชำระเป็นเงินสด หรือ เช็ค หรือธนาคาร ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ตามสาขาที่ระบุไว้ในใบแจ้งจากการตรวจบัญชีประจำปี
- (2) ชำระโดยเช็คธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) และบริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด ทั่วประเทศ
- (3) หากประสงค์จะส่งเช็ค หรือธนาคารเพื่อชำระเงินทางไปรษณีย์ โปรดส่งแบบลง ทะเบียนตอบรับ
- (4) การชำระเงินทุกครั้ง โปรดนำใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทนไปด้วย

2. การชำระเงินด้วยเช็ค

- (1) 3 ปี เมื่อหมดอายุการประกันการันตี มีเช็คสลับตัว ไม่เป็นเช็คที่จะรับใช้
ล่วงหน้าก่อนวันครบ 7 วัน และเป็นเช็คของธนาคารที่ได้อยู่ในท้องที่
ที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน
- (2) เป็นเช็คที่ออกโดย "กองทุนเงินทดแทน" และเช็คสลับตัว "หรือผู้ถือ" ออก

3. กรณีไม่เห็นด้วยกับเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี

โปรดทำหนังสือแจ้ง และนำเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ไปยังสำนักงาน
ประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงาน
ประกันสังคมจังหวัดสาขาที่รับผิดชอบทันที เพื่อพิจารณาเงินสมทบ
จากการตรวจบัญชีใหม่หรือให้เหตุผลเป็นหนังสือคณะกรรมการกองทุน
เงินทดแทนภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งการตรวจบัญชีประจำปี



สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

สาขาที่รับฝาก

วันที่

เพื่อแจ้งบัญชีการชำระเงินสำนักงานประกันสังคม ☐ สำนักงานประกันสังคม ☐ นาย.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ☐ นาย.ธนาคารกรุงไทย ☐ บริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เงินโอน ☐ เช็คธนาคาร ☐ สาขา ☐ หมายเลขเช็ค (PAID BY) (CASH) (T/R) (CHEQUE/BANK) (BRANCH) (CHQ.NO.)	1099400015947801 10016164990025573 1001640800009258 - 3924000 ชื่อสถานประกอบการ (Name) หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1) หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2) จำนวนเงิน (AMOUNT) บาท ผู้ฝาก... ผู้รับเงิน... ผู้มอบอำนาจ...
---	--

เพื่อทราบผลการชำระเงินตามใบแจ้งการขอคืนเงินใบแจ้งการขอคืนเงินได้โดยสาขาการ ตัวประเทศ

ใบแจ้งประเมินเงินฝาก

ทท. 23



สำนักงานประกันสังคม

เลขที่ใบเรียกเก็บ
เลขที่บัญชี

วันที่ :
กำหนดชำระเงิน :

ชื่อและที่อยู่	เป็นเงินฝากอยู่ระยะ 75 พัก ☐ เงินฝากที่มีอยู่เดิม/เงินคงเหลือ คือฝากเงินกับสำนักงาน Dr สำนักงานโอนคืนเงินให้ท่าน Cr
----------------	---

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

คำเตือน

- (1) ถ้าหากท่านไม่นำเงินฝากมาชำระตามที่กำหนดเวลา สำนักงานประกันสังคมเขต/จังหวัด จะไม่อนุญาตให้ท่านชำระเงินสมทบเป็นงวด และให้ท่านจ่ายเงินสมทบทั้งหมดในคราวเดียว
- (2) ท่านต้องฝากเงินตามจำนวนที่เรียกเก็บนี้ภายใน

คำชี้แจง

เงินฝากนี้ไม่ถือว่าเป็นเงินสมทบสำนักงานประกันสังคม/เขตจะคืนเงินให้เมื่อท่านไม่อยู่ในข่ายบังคับของกองทุนเงินทดแทน หรือเมื่อท่านต้องจ่ายเงินสมทบคราวเดียวทั้งปี และไม่มีหนี้สินค้างชำระแก่สำนักงานประกันสังคมเขต/จังหวัดอีกต่อไป

สำหรับเจ้าหน้าที่



สำนักงานประกันสังคม

สาขาที่รับฝาก

วันที่

เพื่อเจ้าบัญชีกระแสรายวันสำนักงานประกันสังคม		1099400015947401 10000074210023484 100848/000019 4275000	
☐ สำนักงานประกันสังคม	☐ เมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา	ชื่อสถานประกอบการ (Name)	
☐ เมจ.ธนาคารกรุงไทย	☐ ธนาคารออมสิน	หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1)	
☐ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์		หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2)	
ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เงินโอน ☐ เช็คธนาคาร	☐ สาขา	☐ หมายเลขเช็ค	
(PAID BY) (CASH) (T/R) (CHEQUE/BANK) (BRANCH) (CHK.NO)	จำนวนเงิน (AMOUNT)	บาท	
เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณาบันทึบชำระเงินฉบับนี้ไปพร้อมใบได้แก่สาขาธนาคาร ที่ประจำตน		ผู้นำฝาก	ผู้รับเงิน
		ผู้รับมอบอำนาจ	

ใบแจ้งเงินสมทบประจำงวด กองทุนเงินทดแทน

ภพ. 26 บ



สำนักงานประกันสังคม
(Social Security Office)

เลขที่ใบเรียกเก็บ
เลขที่บัญชี

วันที่
กำหนดชำระ:เงิน

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงิน สมทบร้อยละ	เงินสมทบ
ชื่อนิติบุคคล				รวมเงินสมทบในปีนี้		
				หัก ☐ เงินคงเหลือ		
				☐ เงินฝาก		
				☐ โอนเข้าบัญชี		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร):				เงินที่ต้องชำระ		

ใบแจ้งเงินสมทบประจำงวดนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป
โดยที่เงินสมทบดังกล่าวจะหักจากเงินค่าจ้างของลูกจ้างทุกเดือน

กรณีสืบ.....

คำสาป.....



แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ชื่อสาขา (ถ้ามี).....

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่/สาขา.....

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้เป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ
พร้อมนี้ได้แนบ

- ☐ รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ จำนวน.....แผ่น หรือ
- ☐ สื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน.....แผ่น
- ☐ อินเทอร์เน็ต
- ☐ อื่นๆ..... ลงชื่อ.....นายจ้าง

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ลำดับที่สาขา

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อัตราเงินสมทบร้อยละ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ชำระเงินวันที่.....

เงินเพิ่ม (ถ้ามี).....บาทสตางค์

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/หน่วยบริการ

ชำระเงินวันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ประทับตราธนาคาร/
หน่วยบริการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ

สปส.1-10 ส่วนที่ 2

สำหรับค่าจ้างเดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานประกอบการ

แผ่นที่.....ในจำนวน.....แผ่น

เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ลำดับที่สาขา

--	--	--	--	--	--

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

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

กำหนด 1. การยื่นแบบ สปส.1-10 ภายในเวลาที่กฎหมายกำหนด อาจต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ 2. การจ่ายค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำรายวันตามที่กฎหมายกำหนดอาจจะมีผลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน 3. การกรอกข้อความเป็นเท็จ อาจมีความผิดตามกฎหมายอาญา



ลงชื่อ.....นายจ้าง
(.....)
ตำแหน่ง.....
ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ใช้ในกรณีนายจ้างยื่นชำระเงินสมทบรวมของสาขา)

สำหรับค่าจ้างเดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานประกอบการ.....

[illegible]

อัตราเงินสมทบร้อยละ.....

[illegible]

ยอดรวมเฉพาะแผ่นนี้

ยอดรวมทั้งสิ้น

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ชำระเงินวันที่.....

เงินเพิ่ม (ถ้ามี).....บาท.....สตางค์

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

.....
ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/หน่วยบริการ

ชำระเงินวันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ประทับตราธนาคาร/

หน่วยบริการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสรุปรายการแสดงการส่งเงินสมทบกรณียื่นรวม

(ใช้ในกรณีนายจ้างยื่นชำระเงินสมทบรวมของสาขา)

แผ่นที่..... ในจำนวน.....แผ่น

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	2						3		4		5		6		7
ลำดับ ที่	ลำดับที่สาขา						เงินค่าจ้างทั้งสิ้น		เงินสมทบผู้ประกันตน		เงินสมทบนายจ้าง		รวมเงินสมทบ นำส่งทั้งสิ้น		จำนวนผู้ประกันตน ที่ส่งเงินสมทบ
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
										00		00		00	
ขอรวมเฉพาะแผ่นนี้										00		00		00	



ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1-23/1

คำขอรับเงินคืน
(นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ)

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่รับ	/ -
วันที่รับ	.....

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

- มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้

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

- ขอรับเงินคืน ☐ ทุกสาขา ☐ เฉพาะสาขาลำดับที่
..... (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

- จ่ายเงินเกินเนื่องจาก

- เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล หรือสำเนาทะเบียนพาณิชย์
- ☐ บัญชีรายชื่อผู้ประกันตนพร้อมจำนวนเงินที่ขอคืนแต่ละคน
- ☐ ใบมอบอำนาจกระทำการแทน
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ยื่นวันที่

หมายเหตุ ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตน มิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่น่าส่งเงิน หรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้

เลขที่บัญชี

[illegible]

เป็นจำนวนเงินบาท

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่



สำนักงานประกันสังคม

คำขอรับเงินคืน

(สำหรับผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างหลายราย)

สปส. 1-23/2

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่รับ	/ -
วันที่รับ	.....

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

(กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขบัตรประกันสังคม)

2. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. รายชื่อสถานประกอบการที่ทำงาน

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา

.....

.....

.....

.....

.....

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

4. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่ถูกหักไว้เกิน เป็นของเดือน.....

จำนวน บาท (.....)

5. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

☐ หลักฐานแสดงการหักเงินสมทบของนายจ้างแต่ละราย จำนวน ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

☐ สำเนาบัตรประกันสังคม (กรณีคนต่างด้าว)

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน

(.....)

ยื่นวันที่

หมายเหตุ

1. กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมแทนเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

2. ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

เป็นจำนวนเงินบาท (.....)

.....
.....
.....

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก

.....
.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่



สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1-23/3

คำขอรับเงินคืน
(สำหรับผู้ประกันตนโดยสมัครใจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่รับ	/ -
วันที่รับ	.....

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

(กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขบัตรประกันสังคม)

2. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้คือ

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

4. จ่ายเงินเนื่องจาก

5. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

☐ ใบเสร็จรับเงิน จำนวน ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ประชาชน ☐ ข้าราชการ ☐ เจ้าหน้าที่รัฐ

☐ สำเนาบัตรประกันสังคม (กรณีคนต่างด้าว)

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน

(.....)

ยื่นวันที่

หมายเหตุ 1. กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมแทนเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

2. ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

เป็นจำนวนเงินบาท (.....)

.....
.....
.....

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก

.....
.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่



แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืน ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ /
วันที่รับ.....

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ ชื่อ- ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3 ☐ ผู้มีสิทธิ
3. มีความประสงค์ขอรับเงินไม่พึงชำระคืน กรณี
☐ ไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่..... ☐ ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่.....
☐ กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ตั้งแต่..... ☐ เปลี่ยนแปลงรูปแบบทางเลือก ตั้งแต่.....
☐ กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ตั้งแต่..... ☐ ผู้ประกันตนเสียชีวิต ตั้งแต่.....
4. กรณีผู้ประกันตน **มีชีวิตรอด** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
☐ หนังสือมอบอำนาจ
 กรณีผู้ประกันตน **เสียชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
☐ ทะเบียนสมรส บิดา มารดาของผู้ประกันตน ☐ ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน ☐ หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน ☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง
 (ลงชื่อ) ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
 (.....)
 วันที่.....

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ /
วันที่รับ.....

- ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆชื่อ - ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้มีสิทธิ
- มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่นำส่งไว้ล่วงหน้าคืน ของผู้ประกันตน ชื่อ - ชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน..... ☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3เนื่องจากเสียชีวิต
- เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)	☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ	☐ ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสบิดา มารดาของผู้ประกันตน	☐ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ	☐ หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน	☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง

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

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนจากสำนักงาน ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่าผู้มีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....

ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

- ☐ เห็นควรอนุมัติคืนเงินสมทบล่วงหน้า จำนวนเงิน.....บาท (.....)
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

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

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

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

☐ ทางเลือก 1

☐ ทางเลือก 2

☐ ทางเลือก 3

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินจากกองทุนประกันสังคม กรณี

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ เงินบำเหน็จกรณีชราภาพ

☐ เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ ☐ เงินค่าทำศพกรณีตาย

☐ เงินไม่พึงชำระ/เงินล่วงหน้า ☐ เงินสงเคราะห์บุตร

☐ เงินสมทบบำนาญชราภาพกรณีสิ้นสุดตามกฎหมาย ☐ กรณีอื่น ๆ.....

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

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เป็นผู้รับเงินจำนวน.....บาท
(.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
ไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

**หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน
(กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินสมทบล่วงหน้าคืน กรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า
เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายก่อนได้รับเงินสมทบล่วงหน้าคืน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินสมทบล่วงหน้าคืนแก่บุคคลตามรายชื่อ
ดังต่อไปนี้

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

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

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน
และพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ๑) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานให้ครบถ้วน

๒) ให้ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิเก็บหนังสือฉบับนี้ไว้เอง

๓) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนได้รับเงินสมทบล่วงหน้าคืน ให้ผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อขอรับเงินคืน
ณ สำนักงานประกันสังคมในความรับผิดชอบ หรือสำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ

๔) หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ออกหนังสือฉบับใหม่และทำลายหนังสือฉบับเดิมด้วยทุกครั้ง



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีการบำบัดทดแทนไต การปลูกถ่ายอวัยวะ
การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน

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

สำหรับผู้ประกันตน

1. 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.....
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชีลำดับที่สาขา
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี
☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรพอยติน (Erythropoietin)
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน ☐ การปลูกถ่ายอวัยวะ ☐ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน
☐ ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ☐ ปลูกถ่ายไขกระดูก ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจุกตา
☐ 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)
5. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตามข้อ 4
ชื่อ.....
6. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)
ชื่อ.....
โดยสถานพยาบาล ☐ ตอบรับแล้ว ☐ ยังไม่ได้ตอบรับ

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

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341
ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน
ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

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

หมายเหตุ

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

ข้อแนะนำ

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



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอด้านหลัง

- ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน
- สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....
- ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารออมสิน ปณ. ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

- ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
☐ ประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ.....
☐ 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

- หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทูพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทูพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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	กรณีขอรับคำรักษายาบาล และกรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย		
กรณีคลอดบุตร	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส		
กรณีทุพพลภาพ	• ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน • สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/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

- กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
- กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง 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) และธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน)
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
- เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ
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. ได้ใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ ชื่อสถานพยาบาล/ร้าน..... ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
5. การขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ผ่านมาของผู้ประกันตน
☐ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ กรณีทุพพลภาพ
☐ เคยขอรับเมื่อ ว/ด/ป..... ☐ ไม่เคย
6. ขอรับค่า ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ชนิด.....
เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)
7. หลักฐานที่แนบ ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ ใบรับรองแพทย์ (ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้และประเภทของอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ด้วย)
8. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารติดส่งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบบำเหน็จบำนาญเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า ได้รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้า ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้า ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าพเจ้า ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าพเจ้า เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ผู้ประกันตน / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
วันที่...../...../.....

ใบรับรองแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล ตั้งอยู่เลขที่.....
 นายแพทย์/แพทย์หญิง เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 ขอรับรองว่าได้ตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว)
 เข้ารับการตรวจรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ. ด้วยอาการหรือโรค.....

 ผลของการรักษา
 ปรากฏผลของการรักษาเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
 จำเป็นต้องใช้ ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ชนิด.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)
วันที่/...../.....

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. กรอกวัน / เดือน / ปี ที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
3. กรอกอาการหรือสภาพร่างกายที่ได้รับจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
4. กรอกชื่อที่อยู่ของสถานพยาบาลหรือร้านค้าที่ใส่ยวดยาเทียม / 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) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน)
8. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

หมายเหตุ

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

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีทันตกรรม
(อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าตัดฟันคุด ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....1

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] []
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
ระบุชื่อผู้ประกันตน..... เลขประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] []
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....สาขา.....1
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม..... ชื่อสถานพยาบาล.....
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ ☐ อุดฟัน.....ซี่ ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่
☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง
☐ ขูดหินปูน ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคาร..... ☐ ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าพ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าพ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

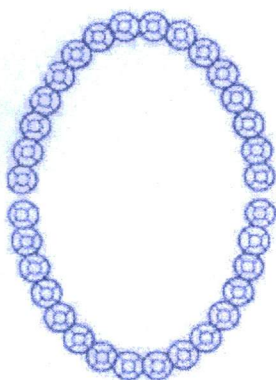
- ☐ ใบเสร็จรับเงิน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก
ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)
- ☐ สำเนาเวรประจำวันบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ

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

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา



วันที่.....
ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....
เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ
กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รับการ
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
F = ฟันที่อุดครั้งนี้
A = ฟันเทียมชนิดถอดได้

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน

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

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน

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

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวน บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม
เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ เป็นผู้ประกันตนตาม

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

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายและยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพตามมาตรา 77 จัดว่าตามพระราชบัญญัติประกันสังคม 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.) กรณีผู้ประกันประสงค์แสดงเจตนาระบุให้ผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพมากกว่า 1 คนขึ้นไป สามารถระบุเพิ่มเติมได้
- 5.) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตให้ผู้ผู้ประกันตนระบุให้เป็นผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ / สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา แห่งใดก็ได้ที่สะดวกทั่วประเทศ



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม
กรณีว่างงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบด้านหลัง

- ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ เนื่องจากออกจากงาน (กรณีนี้ให้กรอกข้อ 3 – 6)
☐ เนื่องจากเหตุสุดวิสัย (กรณีนี้ไม่ต้องกรอกข้อ 3 – 6)
☐ ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตนกรณีว่างงาน..... อายุ.....ปี)
- สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนกรณีว่างงานทำงานชื่อ..... สาขา.....
- วัน เดือน ปีที่ออกจากงาน.....
- สาเหตุการออกจากงาน ☐ ลาออก
☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก.....
 (กรณีถูกเลิกจ้างเนื่องจากละทิ้งหน้าที่ให้ระบุจำนวนวันที่ละทิ้งหน้าที่จริง)
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- ขึ้นทะเบียนหางานกับสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่/จังหวัด.....
เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าพ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าพ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

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

หมายเหตุ

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

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

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

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนกรณีว่างงานหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
3. กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงาน หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท... พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. กรอกสาเหตุการออกจากงานกรณีถูกเลิกจ้างให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น ลดพนักงาน/เลิกกิจการ/กระทำความผิด หรือกรณีเกิดเหตุสุดวิสัยไม่สามารถทำงานได้ให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น เกิดอุบัติเหตุ ว่างงาน อุทกภัย หรือกรณีพิพาท เป็นต้น
5. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
อนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินผ่านธนาคาร คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น

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

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน
เลขประจำตัวประชาชน ----

3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาบดีสง่าจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผียื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

☐ **ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย**

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล
วันที่

ด้วยสาเหตุ/โรค

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

☐ **ตาย** วัน เดือน ปี ที่ตาย สาเหตุการตาย.....

() เงินค่าทำศพ () เงินสงเคราะห์กรณีตาย

☐ **ชราภาพ** วัน เดือน ปี เกิด

() วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน () วัน เดือน ปี ที่ตาย

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินไปโดยไม่มีสิทธิหรือรับเงินไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับไปดังกล่าว นับแต่วันที่ทราบถึงการรับเงินไปเกินสิทธิ แล้วแต่กรณี

กรณีมีผู้ยื่นคำขอในฐานะผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ผู้ยื่นคำขอ		
(ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลงชื่อ
2. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
3. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
4. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
5. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
6. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
7. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
8. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
9. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)
10. ที่อยู่.....	ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารออมสิน ปณ. () ธนาคาร	 (.....)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

- กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัท
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีผู้ยื่นคำขอในฐานะผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องผู้ยื่นคำขอ)

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

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

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

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

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ)
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

ผู้ประกันตนชาย

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

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

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

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- ☐ สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ (กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ)



**แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก**

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่บัญชี	
เลขรหัส	
เลขที่ประสบอันตราย	
วันที่รับ	

1. ชื่อสถานประกอบการ เลขที่บัญชี

 สำนักงานเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 ประเภทกิจการ จำนวนลูกจ้าง คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน
 2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) อายุ ปี
 ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

 เลขที่บัตรประกันสังคม

 3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
 4. เวลาทำงานปกติเริ่ม น. เลิก น. ทำงานสัปดาห์ละ วัน
 5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ) ละ บาท
 6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด)

 7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
 8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย เวลา น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ
 9. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน
 10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

 11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขาขาด)
 12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์

 13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
 14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง (.....) ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.
---	--

- คำเตือน**
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้น จะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
 3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
 4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

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



สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
H.N.A.N.

2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
(Pertinent Physical Exam).....

6. ผลการตรวจพิเศษ.....
(Investigation).....

7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD₁₀)
1.
2.
3.

(Diagnosis).....

โรคแทรก.....

8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่นๆ ระบุ.....
(Treatment)

ถ้ามีการผ่าตัด 1.
วันที่.....

2.

วันที่.....

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1.ร้อยละ.....
2.ร้อยละ.....
3.ร้อยละ.....

☐ ไม่มีการสูญเสีย.....

☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....
(Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ตั้งอยู่เลขที่

.....โทรศัพท์.....

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่

ณ สถานที่.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องถิ่นภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

หมายเหตุ

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง

☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ.....โทร.....

เลขที่รับ
วันที่ เวลา
ลงชื่อ ผู้รับ

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน ---- เกิด วันที่เดือน พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ

[illegible]

ลำดับที่สาขา

เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

ชื่อผลงาน: ระดมการสวดท้ายที่ท่าราบ

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา					
--------------	--	--	--	--	--

สิ้นสุดสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล

☐ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)

☐ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)

เหตุผล

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี

☐ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี

เนื่องจาก

☐ ย้ายที่อยู่

☐ เปลี่ยนสถานที่ทำงาน

☐ อื่นๆ (ระบุ)

☐ ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ)
ขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1 ชื่อ

หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ

[illegible]

ลำดับที่ 2 ชื่อ

ลำดับที่ 3 ชื่อ

☐ ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ ผู้มีสิทธิ
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล

☐ ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบเหตุผล

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(_____)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานประกันสังคมยกเลิกการพิมพ์บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป
โดยสามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลได้ที่ www.sso.go.th หรือ สายด่วนประกันสังคม โทร. 1506

คำชี้แจง

1. สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นต่อเมื่อภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ตลอดอายุตลอดความเป็นผู้ประกันตน กรณีสิ้นสภาพจากความเป็นผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพ
2. เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ **ผู้ประกันตนคนไทย**ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ **กรณีคนต่างด้าว**ต้องแสดงบัตรประกันสังคมและหนังสือเดินทาง (Passport) หรือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

1. การกรอกแบบรายละเอียดผู้ประกันตน

- 1.1 ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☒ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน กรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
- 1.2 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
- 1.3 ผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างกรอกข้อมูลในช่อง **สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33** ผู้ประกันตนที่นำส่งเงินสมทบด้วยตนเอง หรือลาออกจากการทำงานให้กรอกข้อมูลในช่อง **สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41**
- 1.4 การกรอกข้อมูลช่อง **สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33**
 - 1.4.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม
 - 1.4.2 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)
 - 1.4.3 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000
 - 1.4.4 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่เข้าทำงาน
 - 1.4.5 ได้รับค่าจ้างสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ. ให้กรอกเดือนและ พ.ศ. ที่ได้รับค่าจ้างเดือนสุดท้ายจากนายจ้าง
- 1.5 การกรอกข้อมูลช่อง **สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41**
 - 1.5.1 ที่อยู่ปัจจุบัน ให้กรอกที่อยู่ปัจจุบันโดยละเอียดได้แก่ เลขที่ตึก หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ พร้อมด้วย **หมายเลขโทรศัพท์มือถือ** เพื่อที่สำนักงานจะได้ส่งข้อความสั้น (SMS) แจ้งผลการเลือกสถานพยาบาล และข้อมูลอื่น ๆ ให้แก่ผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือควรแจ้งแก่สำนักงานประกันสังคม ทุกครั้งเพื่อการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว และเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกันตน
 - 1.5.2 ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน ให้กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน
 - 1.5.3 เลขที่บัญชี ให้กรอกเลขที่บัญชีนายจ้าง ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กับสำนักงานประกันสังคม (ถ้าทราบ)
 - 1.5.4 ลำดับที่สาขา ให้กรอกเลขที่สาขา (ถ้าทราบ) หากเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้กรอก 000000
 - 1.5.5 สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ ให้กรอกวันที่ เดือน และ พ.ศ. ที่สิ้นสภาพความเป็นลูกจ้าง

2. การกรอกเลือกสถานพยาบาล

- 2.1 ข้อมูลทั่วไป ให้ทำเครื่องหมาย ☒ หน้าช่อง ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาลหรือ ขอใช้สถานพยาบาลเดิมหรือ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล **เพียงช่องเดียว**
 - 2.1.1 กรณี ☒ ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล ให้กรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ
 - 2.1.2 กรณี ☒ ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณีมาตรา 38 และมาตรา 41) ไม่ต้องกรอกเลือกสถานพยาบาล ในช่องขวามือ
 - 2.1.3 กรณี ☒ ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล ให้ระบุเหตุผลโดย ☒ เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี หรือ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี
กรณี ☒ เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี ให้ระบุสาเหตุ เช่น ☒ เลิกสาเหตุ ได้แก่ ย้ายที่อยู่ / เปลี่ยนสถานที่ทำงาน / เหตุผลอื่น ๆ
กรณี ☒ เหตุผลอื่น ๆ ให้ระบุรายละเอียด เช่น เป็นคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน เป็นต้น
- 2.2 ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล
 - 2.2.1 กรณีผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ข้าพเจ้าผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ ขอเลือกสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลให้ชัดเจน จำนวน 3 ลำดับ หากสถานพยาบาลที่เลือกลำดับแรกเต็ม สำนักงานจะจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 2 และ 3 ให้ตามลำดับ
 - 2.2.2 กรณีคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ต้องการเลือกสถานพยาบาลในโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ข้าพเจ้านคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3. การตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม.
หรือสำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง

4. การตรวจสอบสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบได้ที่ www.sso.go.th / Mobile Application SSO Connect / โทรสายด่วน 1506 ตลอด 24 ชม. / สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือที่เครื่องอ่าน Smart KIOSK ของกระทรวงมหาดไทย

สถานที่ / ช่องทาง
การให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12	
1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 ที่อยู่ : อาคารกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ชั้น 4 ถนนอัษฎางค์ แขวงวัดราชบพิธ เขตพระนคร กทม. 10200 โทร : 0-2622-2500-17	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
2. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 2 ที่อยู่ : 70 ซอย 10 ถนนเทศบาลรังสรรค์เหนือ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900 โทร : 0-2954-2577	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
3. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 3 ที่อยู่ : บริเวณกระทรวงแรงงาน อาคารสำนักงาน ประกันสังคม ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม. 10400 โทร : 0-2248-4867 ต่อ 401-409	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
4. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 4 ที่อยู่ : 144/18-22 ซอยสีลม 10 ถนนสีลม แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กทม. 10500 โทร : 0-2634-0180-95	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
5. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 5 ที่อยู่ : 309, 311 ซอยรัชดา 6 ถนนรัชดาภิเษก-ท่าพระ แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กทม. 10600 โทร : 0-2476-8787	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
6. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 6 ที่อยู่ : 140/1 อาคารทาคูนิ ชั้น 4-5 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางแค เขตบางแค กทม. 10160 โทร : 0-2455-8989	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
7. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 7 ที่อยู่ : 17 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางบอน เขตบางบอน กทม. 10150 โทร : 0-2415-0995 ต่อ 301, 313	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
8. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 8 ที่อยู่ : อาคารไอทีเอ็ม เลขที่ 255 ถ.ศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กทม. 10250 โทร : 0-2743-3690	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12	
9. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 9 ที่อยู่ : 10/1273-8 ถนนนวมินทร์ (สุขาภิบาล1) แขวงนวมินทร์ เขตบึงกุ่ม กทม. 10240 โทร : 0-2733-4111-20	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
10. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 10 ที่อยู่ : 555/1-27 หมู่ที่ 13 ถนนสีหบุรานุกิจ แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กทม. 10510 โทร : 0-2517-9222	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
11. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 11 ที่อยู่ : 2-8 ถนนพระราม 3 ซอย 27 แขวงบางโพงพาง เขตยานนาวา กทม. 10120 โทร : 0-2294-5958	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
12. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 12 ที่อยู่ : 222 ถนนสุขุมวิท 77 (ช.อ่อนนุช) แขวงพระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10260 โทร : 0-2331-6507-9, 0-2311-6527-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
1. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกระบี่ ที่อยู่ : 99/8 ถนนศรีตรัง ตำบลกระบี่ใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000 โทร : 0-7566-3619-23 ต่อ 31-34	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกระบี่ สาขาลองท่อม ที่อยู่ : 86/2, 86/6 หมู่ 2 ถนนเพชรเกษม ตำบลคลองท่อมใต้ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ 81120 โทร : 0-7564-0048	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
3. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกาญจนบุรี ที่อยู่ : 2/1 หมู่ 12 ถนนแม่น้ำแม่กลอง ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000 โทร : 0-3456-4307-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
4. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกาญจนบุรี สาขาท่ามะกา ที่อยู่ : 121/38-39 ถนนรถไฟ 2 ตำบลท่าเรือ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 71130 โทร : 0-3456-2267-9	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
5. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อยู่ : 3/46 ถนนกาฬสินธุ์ – ร้อยเอ็ด ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000 โทร : 0-4381-2694	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
6. สำนักงานประกันสังคมกำแพงเพชร ที่อยู่ : 314 หมู่ 3 ถนนกำแพงเพชร-สุโขทัย ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000 โทร : 0-5571-0102-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
7. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น ที่อยู่ : 238/8 ถนนเทพารักษ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร : 0-4323-8271, 0-4324-5046	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
8. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น สาขาชุมแพ ที่อยู่ : 238 หมู่ 18 ถนนสันติสุข 1 ตำบลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 40130 โทร : 0-4331-1849, 0-4331-2056	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
9. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดขอนแก่น สาขาบ้านไผ่ ที่อยู่ : 85/14-15 หมู่ 3 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 40110 โทร : 0-4327-2166	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
10. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดจันทบุรี ที่อยู่ : 1212/21 ศูนย์ราชการกระทรวงแรงงาน ชั้น 2 ถนนท่าแฉลบ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000 โทร : 0-3932-5984, 0-3930-1302-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
11. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดจันทบุรี สาขาซอยดาว ที่อยู่ : 304/1-2 หมู่ 1 ถนนจันทบุรี-สระแก้ว ตำบลปะตง อำเภอซอยดาว จังหวัดจันทบุรี 22180 โทร : 0-3942-1698	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
12. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่อยู่ : 10/1 หมู่ 3 ถนนเลี้ยวเมือง ตำบลบางตีนเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000 โทร : 0-3898-1422 0-3898-1653	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
13. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา สาขาบางปะกง ที่อยู่ : 187/4 หมู่ 1 ถนนบางนา-ตราด กม.42 ตำบลบางวัง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24180 โทร : 0-3854-0531-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
14. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา สาขาพนมสารคาม ที่อยู่ : ที่ว่าการอำเภอพนมสารคาม ชั้น 2 ตำบลพนมสารคาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา 24120 โทร : 0-3883-7132	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
15. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี ที่อยู่ : 101/10 หมู่ 1 ถนนสุขุมวิท ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000 โทร : 0-3819-8670-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
16. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี สาขาศรีราชา ที่อยู่ : 53 หมู่ 9 อาคารทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 2 ถนนสุขุมวิท ตำบลทุ่งศุขลา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20230 โทร : 0-3849-5265-68	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
17. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี สาขาบางละมุง ที่อยู่ : 19/99 หมู่ 1 ตำบลนาเกลือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20150 โทร : 0-3849-5278	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
18. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยนาท ที่อยู่ : 289 หมู่ 6 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 17000 โทร : 0-5641-2603, 0-5641-5341	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
19. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ ที่อยู่ : 251/7 หมู่ 4 ถนนองค์การบริหารส่วนจังหวัด สาย 2 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทร : 0-4481-3083, 04483-5681-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
20. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชุมพร ที่อยู่ : 303 หมู่ 1 บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดชุมพร ถนนไตรรัตน์ ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000 โทร : 0-7750-5045-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
21. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงราย ที่อยู่ : ศูนย์ราชการกระทรวงแรงงาน ชั้น 1 และชั้น 5 ถนนศูนย์ราชการ ตำบลริมกก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทร : 0-5375-0615-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
22. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงใหม่ ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50300 โทร : 0-5311-2630	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
23. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงใหม่ สาขาฝาง ที่อยู่ : 778 หมู่ 2 ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 50110 โทร : 0-5345-1228	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
24. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตรัง ที่อยู่ : 252/5 ถนนท่ากลาง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000 โทร : 0-7557-0527-9	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
25. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตรัง สาขาห้วยยอด ที่อยู่ : อาคารเลขที่ 169 หมู่ 3 ถนนเพชรเกษม ตำบลเขากระบอ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง 92130 โทร : 0-7557-7255	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
26. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตราด ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดตราด ชั้น1 ถนนราษฎร์นิยม ตำบลบางพระ อำเภอเมือง จังหวัดตราด 23000 โทร : 0-3951-1911	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
27. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตาก ที่อยู่ : 10/2 ถนนพหลโยธิน ตำบลหนองหลวง อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000 โทร. : 0-5551-2450-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
28. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดตาก สาขาแม่สอด ที่อยู่ : 82/23-25 ถนนสายเอเชีย ตำบลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 63110 โทร : 0-5553-3081-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
29. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครนายก ที่อยู่ : 79/1 หมู่ 10 ตำบลพรหมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก 26000 โทร : 0-3731-3097	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
30. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครปฐม ที่อยู่ : 447/1 ถนนสวนตะไคร้ ตำบลสนามจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000 โทร : 0-3431-0540-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
31. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครปฐม สาขาสามพราน ที่อยู่ : 16/16-19 หมู่ 1 ถนนเพชรเกษม ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 73110 โทร : 0-3432-7150-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
32. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครพนม ที่อยู่ : 213/2 หมู่ 2 ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร : 0-4251-3540	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
33. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา ที่อยู่ : 2/1 ซอยเดชอุดม 6 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร : 0-4420-5353-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
34. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาปากช่อง ที่อยู่ : 88/1 ถนนมิตรภาพ ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 30130 โทร : 0-4431-6665	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
35. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาโนนสูง ที่อยู่ : 49 หมู่ 12 ภายในป้อม ป.ต.ท. ประจักษ์ปัตติสัย ตำบลธารปราสาท อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา 30420 โทร : 0-4491-7116	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
36. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาเมือง ที่อยู่ : 289 ถนนเทพบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 80000 โทร : 0-7535-7202-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
37. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาทุ่งสง ที่อยู่ : 49 ถนนชัยชุมพล ตำบลปากแพรก อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครราชสีมา 80110 โทร : 0-7533-2895-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
38. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครราชสีมา สาขาสีชล ที่อยู่ : 9/8 หมู่ 13 ตำบลทุ่งปรัง อำเภอสีชล จังหวัดนครราชสีมา 80120 โทร : 0-7553-5994	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
39. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครสวรรค์ ที่อยู่ : 310/13 หมู่ 9 ถนนโกสีย์ใต้ ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000 โทร : 0-5622-0134-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
40. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครสวรรค์ สาขาดาคี ที่อยู่ : 78/24 ถนนประชาธิปไตย ตำบลดาคี อำเภอดาคี จังหวัดนครสวรรค์ 60140 โทร : 0-5626-5682-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
41. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี ที่อยู่ : บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนธิเบศร์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร : 0-2550-5104	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
42. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี สาขาบางบัวทอง ที่อยู่ : 222-222/1-2 อาคารเวสต์อินคอมเพล็กซ์ ชั้น 7 ตำบลบางรักใหญ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110 โทร : 0-2926-7510-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
43. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนราธิวาส ที่อยู่ : ถนนศูนย์ราชการจังหวัดนราธิวาส ตำบลลำภู อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000 โทร : 0-7353-2333-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
44. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดน่าน ที่อยู่ : 559 หมู่ 11 ตำบลไชยสถาน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน 55000 โทร : 0-5471-6069-72	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
45. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดน่าน สาขาปัว ที่อยู่ : 18/4-5 หมู่ 5 ถนนปัว-น้ำยาว ตำบลวรรณคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน 55120 โทร : 0-5479-1317, 0-5468-89045-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
46. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดบึงกาฬ ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดบึงกาฬ ชั้น 3 ถนนบึงกาฬ – นครพนม ตำบลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ 38000 โทร : 0-4249-2524-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
47. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดบุรีรัมย์ ที่อยู่ : 231 หมู่ที่ 9 ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000 โทร : 0-4463-4881-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
48. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดบุรีรัมย์ สาขานางรอง ที่อยู่ : 787/49 ซอยบ้าน บขส.-นางรอง ตำบลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 31110 โทร : 0-4463-3817,	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
49. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี ที่อยู่ : 35/3 หมู่ 1 ถนนปทุมธานี-รังสิต ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000 โทร : 0-2567-0360-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
50. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี สาขาคลองหลวง ที่อยู่ : 98/104 หมู่ 13 (ห้างแจวนิว ชั้น 4) ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12000 โทร : 0-2559-2478	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
51. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่อยู่ : 73/15 ถนนสุขใจ ตำบลประจวบ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77000 โทร : 0-3261-1973	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
52. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สาขาหัวหิน ที่อยู่ : 27/70 ซอยหัวหิน 11 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110 โทร : 0-3252-2301-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
53. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปราจีนบุรี ที่อยู่ : ศูนย์ราชการจังหวัดปราจีนบุรี ชั้น 2 ตำบลไม้เค็ด อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี 25230 โทร : 0-3745-4030-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
54. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปราจีนบุรี สาขาศรีมหาโพธิ์ ที่อยู่ : 609/3-4 หมู่ 7 ตำบลตำบลท่าตูม อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี 25140 โทร : 0-3762-5212-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
55. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปัตตานี ที่อยู่ : 14 ซอย 5 ถนนเจริญประดิษฐ์ ตำบลสะบารัง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000 โทร : 0-7332-3191-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
56. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่อยู่ : ศูนย์ราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 123 หมู่ที่ 3 ถนนสายเอเชีย ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทร : 0-3533-6252	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
57. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สาขาอุทัย ที่อยู่ : 34/1-3 หมู่ 5 ถนนโรจนะ ตำบลคานหาม อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13210 โทร : 0-3580-0813-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
58. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพะเยา ที่อยู่ : 112/29 ถ.พากน้ำ ตำบลแม่ต๋ำ อำเภอเมืองพะเยา จ.พะเยา 56000 โทร. 0-5448-4100-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
59. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิจิตร ที่อยู่ : 7/30 ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 82000 โทร : 0-7641-1994	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
60. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพัทลุง ที่อยู่ : 16 ถนนไชยบุรี ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง 93000 โทร : 0-7462-1447-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
61. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิจิตร ที่อยู่ : 220 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000 โทร : 0-5661-3290	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
62. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก ชั้น 4 ถนนวังจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทร : 0-5524-5324, 0-5524-5020	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
63. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพิษณุโลก สาขาวังทอง ที่อยู่ : 134/7 หมู่ที่ 1 ถนนวังทอง - เขาทRAY ตำบลดินทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130 โทร : 0-5531-2637, 0-5531-2638	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
64. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี ที่อยู่ : 262 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 โทร : 0-3242-8620, 0-3842-7195	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
65. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบุรี สาขาชะอำ ที่อยู่ : 45-45/1 ถนนศรีสุกุลไทย ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี 76120 โทร : 0-3247-2770-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
66. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่อยู่ : 102 หมู่ 10 ถนนสระบุรี – หล่มสัก ตำบลสะเดียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 67000 โทร : 0-5673-6226-30	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
67. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพชรบูรณ์ สาขาหล่มสัก ที่อยู่ : 71/7- 8 หมู่ 4 ถนนสระบุรี-หล่มสัก ตำบลหนองไขว่ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110 โทร : 0-5671-3716-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
68. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ ที่อยู่ : 50 ถนนร่องซ้อ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000 โทร : 0-5452-2231-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
69. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ สาขาลอง ที่อยู่ : 184/1 หมู่ 6 ตำบลห้วยยอด อำเภอลอง จังหวัดแพร่ 54150 โทร : 0-5458-3412-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
70. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดภูเก็ต ที่อยู่ : 15/4 ถนนอำเภอ ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000 โทร : 0-7624-0418-9 0-7621-9950	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
71. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดภูเก็ต สาขากะทู้ ที่อยู่ : 16/12-13 หมู่ที่ 2 ถนนพระภูเก็ตแก้ว ตำบลกะทู้ อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต 83120 โทร : 0-7654-0571-74	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
72. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมหาสารคาม ที่อยู่ : ศูนย์ราชการกระทรวงแรงงานจังหวัดมหาสารคาม ชั้น 2 เลขที่ 42 หมู่ 10 ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทร : 0-4397-1327	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
73. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่อยู่ : 126/10 ถนนชุมหลุมประพาส ตำบลจองคำ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 58000 โทร : 0-5361-2599	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
74. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมุกดาหาร ที่อยู่ : 1/8 ถนนวงศ์คำพา ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร 49000 โทร : 0-4261-2287	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
75. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดยะลา ที่อยู่ : 64 ถนนสุขยางค์ ตำบลสะเตง อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา 95000 โทร : 0-7327-4482-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
76. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดยโสธร ที่อยู่ : 272 หมู่ 1 ถนนแจ้งสนิท ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 35000 โทร : 0-4571-2657, 0-4571-5564	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
77. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ : 21/9 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000 โทร : 0-4352-7735-6, 0-4351-5452	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
78. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดร้อยเอ็ด สาขาโพนทอง ที่อยู่ : ที่ว่าการอำเภอโพนทอง ถนนนิคมคำริ ตำบลตะแวน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 45110 โทร : 0-4357-1748-50	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
79. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดระนอง ที่อยู่ : 55/9 หมู่ 3 ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง 85000 โทร : 0-7782-8536	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
80. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดระยอง ที่อยู่ : 140/23 หมู่ 2 ถนนสุขุมวิท ตำบลเนินพระ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง 21000 โทร : 0-3861-0170-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
81. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดระยอง สาขาปลวกแดง ที่อยู่ : 888/75-78 หมู่ 5 ตำบลคูแม่ไม้ อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง 21140 โทร : 0-3802-7852-9	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
82. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดราชบุรี ที่อยู่ : 128 หมู่ 10 ถนนเขาวัง – บ้านน้ำพุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทร : 0-3231-9853-4, 0-3232-1985	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
83. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดราชบุรี สาขาบ้านโป่ง ที่อยู่ : 22/3-5 หมู่ 5 ตำบลเบิกไพร อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110 โทร : 0-3222-3069-70	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
84. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลพบุรี ที่อยู่ : 126/3 ถนนคันคลองชลประทาน ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 15000 โทร : 0-3641-1925, 0-3642-1672	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
85. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลพบุรี สาขาชัยบาดาล ที่อยู่ : 599/3/1 หมู่ 10 ตำบลลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี 15130 โทร : 0-3646-2117	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
86. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดลำปาง ชั้น 2 ถนนวชิราวุธดำเนิน ตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000 โทร : 0-5426-5018-21	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
87. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง สาขาเถิน ที่อยู่ : 196/14 -15 หมู่ 7 ตำบลล้อมแรด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง 52160 โทร : 0-5429-2191	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
88. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำพูน ที่อยู่ : อาคารศูนย์ราชการกระทรวงแรงงาน เลขที่ 164 หมู่ 10 ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000 โทร : 0-5426-5018-21	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
89. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำพูน สาขาบ้านโฮ่ง ที่อยู่ : 432 หมู่ 1 ตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน 51130 โทร : 0-5398-0596	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
90. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเลย ที่อยู่ : 64/3 ถนนเลย – ด้านซ้าย ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000 โทร : 04281 5683, 0-4281-3453	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
91. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ ที่อยู่ : 350/8 หมู่ 5 ถนนโชติพันธ์ ตำบลหนึ่งครก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทร : 0-4561-3172-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
92. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร ที่อยู่ : 1767/23 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร : 0-4271-2662-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
93. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสกลนคร สาขาสว่างแดนดิน ที่อยู่ : 351 หมู่ 2 ถนนนิตโย ตำบลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร 47110 โทร : 0-4277-6833	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
94. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา ที่อยู่ : 430/78 หมู่ 2 ตำบลพะวง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90100 โทร : 0-7430-0550-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
95. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา สาขาหาดใหญ่ ที่อยู่ : 334 ถนนโชติวิทยะกุล 3 ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทร : 0-74559-600-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
96. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา สาขาสะเดา ที่อยู่ : 298/51-52 ถนนกาญจนวนิช ตำบลพังลา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 90170 โทร : 0-7424-1317, 0-7424-1319	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
97. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสตูล ที่อยู่ : หมู่ 6 ถนนยนตรการกำธร ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล 91000 โทร : 0-7477-2174-6	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
98. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ที่อยู่ : 1632 หมู่ 4 ถนนเทพารักษ์ ตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทร : 0-2755-6291	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
99. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาบางพลี ที่อยู่ : 88/12 หมู่ 10 ถนนเทพารักษ์ กท.17 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540 โทร : 0-2175-2442	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
100. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาพระประแดง ที่อยู่ : 215/1-5 หมู่ 1 ถนนสุขสวัสดิ์ ตำบลปากคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 10290 โทร : 0-2425-8314-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
101. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาบางเสาธง ที่อยู่ : 1038/10 หมู่ 15 ถนนเทพารักษ์ ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ 10570 โทร : 0-2706-7769-76	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
102. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสงคราม ที่อยู่ : 32 ถนนสมุทรสงคราม – บางแพ ตำบลแม่กลอง อำเภอแม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000 โทร : 0-3471-5541, 0-3471-6181	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
103. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสาคร ที่อยู่ : 1300/631 ถนนนราขอุทิศ ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร 74000 โทร : 0-3441-2452-5	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
104. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรสาคร สาขากระทุ่มแบน ที่อยู่ : 118 หมู่ 5 ถนนเศรษฐกิจ ตำบลท่าไม้ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร 74110 โทร : 0-3447-0279-82	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
105. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระบุรี ที่อยู่ : 673/2 ถนนพิชัยณรงค์สงคราม ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 18000 โทร : 0-3622-3066	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
106. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระบุรี สาขาหนองแค ที่อยู่ : 144/7 ถนนพหลโยธิน ตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี 18140 โทร : 0-3637-0180-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
107. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระแก้ว ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดสระแก้ว อาคารหอประชุมปางสีดา ชั้น 2 ถนนสุวรรณศร ตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว 27000 โทร : 0-3742-5070-3	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
108. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระแก้ว สาขาอรัญประเทศ ที่อยู่ : 200/2 หมู่ 2 ตำบลบ้านใหม่หนองไทร อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว 27120 โทร : 0-3723-3116	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
109. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสิงห์บุรี ที่อยู่ : บริเวณศูนย์ราชการจังหวัดสิงห์บุรี ถนนสิงห์บุรี – บางพาน ตำบลบางบุญ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000 โทร : 0-3650-7204-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
110. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย ที่อยู่ : 317 หมู่ 14 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 64000 โทร : 055-613-548	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
111. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุพรรณบุรี ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดสุพรรณบุรี ถนนสุพรรณบุรี – ชัยนาท ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000 โทร : 0-3553-5389-91	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
112. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุพรรณบุรี สาขาสามชุก ที่อยู่ : 819/11 หมู่ 2 ตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี 72130 โทร : 0-3557-1251-2	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
113. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่อยู่ : 100/2 บริเวณศาลากลางจังหวัด ถนนดอนนก ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 โทร : 0-7728-2283	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
114. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี สาขาเกาะสมุย ที่อยู่ : ที่ว่าการ อำเภอเกาะสมุย หมู่ 3 ตำบลอ่างทอง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84140 โทร : 0-7742-0697, 07742-6104	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
115. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุรินทร์ ที่อยู่ : 219 หมู่ 13 ตำบลเจียง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทร : 0-4452-0936-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
116. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุรินทร์ สาขาศรีขรภูมิ ที่อยู่ : 379/10-11 หมู่ 1 ถนนสุรินทร์-ศรีสะเกษ ตำบลระแงง อำเภอศรีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 32110 โทร : 0-4456-0380-1	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
117. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหนองคาย ที่อยู่ : 391 หมู่ 5 ตำบลหนองกอมเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย 43000 โทร : 0-4242-1122	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
118. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหนองบัวลำภู ที่อยู่ : ศาลากลางจังหวัดหนองบัวลำภู ชั้น 2 ถนนหนองบัวลำภู-อุดร ตำบลลำภูเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู 39000 โทร : 0-4231-6751-4	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
119. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอ่างทอง ที่อยู่ : เลขที่ 2 ถนนเทศบาล 8 ตำบลย่านซื่อ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000 โทร : 0-3561-2199, 0-3561-0130	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา	
120. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอำนาจเจริญ ที่อยู่ : บริเวณศาลากลางจังหวัดอำนาจเจริญ ชั้น 2 ถนนชยางกูร ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ 37000 โทร : 0-4552-3047-50	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
121. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุดรธานี ที่อยู่ : 555 หมู่ 1 บ้านบงคำ ถนนรอบเมือง ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000 โทร : 0-4292-0345-8	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
122. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุดรธานี สาขากุมภวาปี ที่อยู่ : 253/5-6 หมู่ 1 ถนนกุมภวาปี-ศรีธาตุ ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 41110 โทร : 0-4233-4855, 0-4233-4588	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
123. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่อยู่ : 590 หมู่ 1 ถนนรพช. บ้านหนองผา - บ้านต้นขาม ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ 53130 โทร : 0-5543-1964-7	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
124. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุทัยธานี ที่อยู่ : 159 หมู่ 3 ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี 61000 โทร : 0-5697-0133	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
125. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุบลราชธานี ที่อยู่ : 317/1 ถนนพโลชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทร : 0-4524-5436	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.
126. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดอุบลราชธานี สาขาเดชอุดม ที่อยู่ : 329-329/1 หมู่ 19 ถนนโชคชัย-เดชอุดม ตำบลเมืองเดช อำเภอดุขอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 34160 โทร : 0-4536-2325	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.