

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ.

ដ្បាប់.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอด้านดัง

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

2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน โทรศัพท์บ้าน มือถือ อีเมล
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน

3. สถานที่ประกอบหน้าที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารสงฆ์ ปณ. ☐ ธนาคาร ☐ สาขา ☐
- (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (โปรดระบุ) _____ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ) _____

- ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ

- ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท..... บาท
☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

-
คลองบุตร ถึงวันที่ บาท
 เลขประจำตัวประชาชน กลับเข้าทำงานวันที่

- ☐ **คลอคบุตร** ถึงวันที่ บาท
☐ **สงเคราะห์บุตร** กลับเข้าทำงานวันที่
 เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทนในครั้งนี้

- ☐ **ทุกพลภาพ** ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้
☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ☐ ค่าพาหนะ
☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....

- ตาย ☐ ค่าทำศพ ☐ เงินสงเคราะห์กรณีตาย ☐ จำนวนเงินที่ขอรับตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท

- ☐ ชรรพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับคำอวยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สกิดวันลาป่วย (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับคำอวยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นที่ต้องใช้อวยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
กรณีคลอดบุตร	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส
กรณีทุพพลภาพ	• ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน • สำเนาทะเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับคำอวยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นที่ต้องใช้อวยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
กรณีตาย	กรณีขอรับค่าทำศพ • สำเนามรณบัตร • หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ • สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) • สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร • หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)
กรณีสงเคราะห์บุตร	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย • สติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ
กรณีชราภาพ	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย • สำเนามรณบัตร • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย/ ผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ • สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) • สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร • หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี) กรณีบำนาญชราภาพ • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี ของผู้ยื่นคำขอ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศขอรับเงินชราภาพ • แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนัก อยู่ในประเทศไทย
หมายเหตุ	• กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือ เดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ • 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 ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนาชาติ จำกัด (มหาชน)
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย "✓" หน้าข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
- เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแนบเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

กรณีทันตกรรม

(อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ใสฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก)

กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ ๘๘

วันที่รับ.

๗๖
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 (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
- ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
- เลขที่บัญชี
- ลำดับที่สาขา
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม..... ชื่อสถานพยาบาล.....
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ ☐ อุดฟัน.....ซี่ ☐ ถอนฟัน.....ซี่ ☐ ขูดหินปูน ☐ ฟันเทียมชนิดถอดได้ฯ.....ซี่
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่
มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน
นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ ไม่เสร็จรับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก (.....)

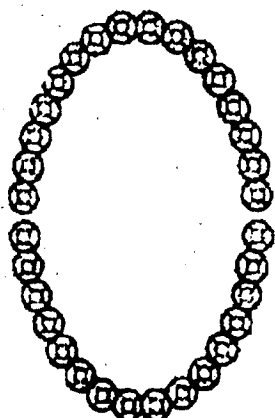
ซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) วันที่...../...../.....

☐ สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้ยื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลพินิจของเจ้าหน้าที่)

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา

วันที่



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

เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

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

โรคทางพันธุกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....

โดย ☐ อดิพนธ์..... ชื่อที่ #.....

☐ ถอนพื้น.....ซี.ที. #.....

☐ ขุดหินปูน ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก จำนวน.....คู่

$M =$ พื้นที่ตอนครึ่งนี้

$F =$ ฟังก์ชันค่าจริง

A = พื้นเทียบฐานอครติกครั้งนี้

(ลงชื่อ).....แพทยศึกษา

(.....)

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.....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม จำนวน.....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิรับค่าบริการทางแพทย์
กรณีทันตกรรม

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดง
ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง
ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ได้นำไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคล
ที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือ
ทั้งจำทั้งปรับ



สำนักงานประกันสังคม

ข่าวดี เริ่ม 1 เมษายน 2559

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา สาขาหาดใหญ่
สะดวกทุกที่ ไม่ต้องรออีกต่อไป

***** เปิดบริการ จ่ายประโยชน์ทดแทน โดยการโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (ยกเว้น ธ.ออมสิน และ ธกส) *****

กรณี ทันตกรรม คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร และชราภาพ

(ระยะเวลาการโอนเงินภายใน 5 วันทำการ)

เพียงกรอกข้อมูลและแนบเอกสาร ส่งที่ สำนักงานประกันสังคมสาขาหาดใหญ่ ดังนี้

- กรณีทันตกรรม**
- แบบคำขอ สปส.2-16
 - ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
 - ใบรับรองแพทย์ (อยู่ด้านล่างแบบคำขอ)
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
- กรณีคลอดบุตร**
- แบบคำขอ สปส.2-01
 - สำเนาสูติบัตร
 - สำเนาทะเบียนสมรสหรือหนังสืออยู่กินฉันสามีภรรยา (กรณีใช้สิทธิผู้ชาย)
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
- กรณีสงเคราะห์บุตร**
- แบบคำขอ สปส.2-01
 - สำเนาสูติบัตร
 - สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีใช้สิทธิผู้ชาย)
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
- กรณีชราภาพ**
- ** (อายุครบ 55 ปี และลาออกจากงานแล้ว) **
 - ** กรณีขอรับเงินบำเหน็จชราภาพ (ส่งเงินสมทบ 1-179 เดือน) รับเงินก้อนครั้งเดียว
 - แบบคำขอ สปส.2-01
 - สำเนาบัตรประชาชน
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
 - *** กรณีขอรับเงินบำนาญชราภาพ (ส่งเงินสมทบ 180 เดือนขึ้นไป) รับเป็นรายเดือน ตลอดชีวิต
 - แบบคำขอ สปส.2-01
 - สำเนาบัตรประชาชน
 - หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคาร
 - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

**** กรุณากรอก ชื่อ-สกุล และที่อยู่ พร้อมเบอร์โทร.ให้ชัดเจน เพื่อติดต่อกลับกรณีเอกสารมีปัญหา****

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนทุกกรณี สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.sso.go.th หน้าดาวน์โหลด

หนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

1. ข้าพเจ้า นาย.....

เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

2. ข้าพเจ้าได้อยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยากับ นางสาว/นาง.....

โดยเปิดเผย แต่มิได้จดทะเบียนสมรส

3. นางสาว/นาง.....ได้คลอดบุตรเมื่อวันที่.....

ซึ่งในวันที่ตลอดบุตรนี้ ข้าพเจ้าไม่มีกริยาอื่นที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็น
หลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ประกันตน (ลงชื่อ).....หญิงซึ่งอยู่กินด้วยกัน

(.....)

(.....) ຈັ້ນສາມີ ກຣີຍາກັບ

ผู้ประกันตน โดยเปิดเผย

เลขประจำตัวประชาชน

[illegible]

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

$$(\dots\dots\dots)$$

เลขประจำตัวประชาชน

เลขประจำตัวประชาชน

[illegible][illegible]

คำเตือน ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ