

แบบรับเรื่องทบทวนสิทธิโครงการเยียวยานายจ้างและผู้ประกันตน  
มาตรา 33 ในกิจการที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐ  
ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน เลขาธิการ

1. ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง

นายจ้าง  ผู้ประกันตนมาตรา 33  ผู้รับมอบอำนาจ

ชื่อ - สกุล .....เลขประจำตัวประชาชน.....

สถานประกอบการชื่อ.....เลขที่บัญชีนายจ้าง.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....ประเภทกิจการ.....

2. มีความประสงค์ ขอให้ทบทวนสิทธิตามโครงการเยียวยาฯ ดังนี้

2.1  เป็นนายจ้าง ในประเภทกิจการที่ได้รับผลกระทบและมีสถานประกอบการตั้งอยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่ยังไม่ได้รับสิทธิ เนื่องจาก.....

2.2  เป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ภายใต้ นายจ้าง ในประเภทกิจการที่ได้รับผลกระทบและมีสถานประกอบการตั้งอยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่ยังไม่ได้รับสิทธิ เนื่องจาก.....

2.3  กรณีอื่นๆ

เนื่องจาก.....

3. ได้แนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

3.1 กรณีนายจ้าง

สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล  หลักฐานการมอบอำนาจ  หลักฐานอื่นๆ เช่น หลักฐานที่

แสดงว่าได้ประกอบกิจการใน 9 ประเภทกิจการที่ได้รับการเยียวยา.....

### 3.2 ผู้ประกันตน

สำเนาบัตรประชาชน  หลักฐานอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าฯ ขอรับรองว่าข้อความและเอกสารหลักฐานข้างต้นที่ได้ยื่นไว้เป็นความจริงทุกประการ



ตราประทับ  
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นทบทวนสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

#### สำหรับเจ้าหน้าที่

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../จังหวัด...../สาขา.....  
ได้รับแบบ เมื่อวันที่..... และได้ตรวจสอบเอกสารข้อเท็จจริงเบื้องต้นในคำขอทบทวนสิทธิตามโครงการเยียวยาของ  
นายจ้าง/ผู้ประกันตน (นาย/นาง/นางสาว.....) มีความเห็นว่า

- เห็นควร สาเหตุ : .....
- ไม่เห็นควร เนื่องจาก ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของโครงการ

ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ  
(.....)

ตำแหน่ง.....



สำนักงานประกันสังคม

แบบตอบรับคำขอทบทวนสิทธิตามโครงการเยียวยาผู้ประกันตนมาตรา 33  
ที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด

สำหรับนายจ้างและผู้ประกันตน

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../จังหวัด...../สาขา.....

โทรศัพท์ .....

ได้รับแบบคำขอฯ ของนายจ้าง/ผู้ประกันตน (นาย/นาง/นางสาว.....) แล้วเมื่อวันที่.....

สาเหตุ : .....

ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**หมายเหตุ :** ให้ผู้ยื่นแบบคำขอทบทวนสิทธิเยียวยา กรอกแบบ ลงลายมือชื่อ  
ระบุเลขบัตรประชาชนให้ชัดเจน หรือแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมแนบเอกสาร  
ที่เกี่ยวข้องแล้ว นำแบบที่กรอกครบถ้วนแล้วไปยื่นได้ที่สำนักงานประกันสังคม  
กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ทุกแห่งตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2564