

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๓

เพื่อให้การปฏิบัติงานตามภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ในการส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกใบสมัครเครือข่ายประกันสังคมและตัวอย่างบัตรประจำตัวเครือข่ายประกันสังคมทำระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้ใบสมัครเครือข่ายประกันสังคม และตัวอย่างบัตรประจำตัวเครือข่ายประกันสังคมทำระเบียบฉบับนี้แทน

ข้อ ๔ บรรดาใบสมัครเครือข่ายประกันสังคมที่ได้ยื่นไว้ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ถือเป็นใบสมัครเครือข่ายประกันสังคมตามระเบียบนี้

ข้อ ๕ บัตรประจำตัวเครือข่ายประกันสังคมที่มีอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้คงใช้ต่อไป เว้นแต่จะหมดอายุ หรือเข้าหลักเกณฑ์ที่จะต้องขอมีบัตรใหม่

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

ทศพล กฤตวงศ์วิมาน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

รูปถ่าย
๑ นิ้ว



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

ใบสมัครเครือข่ายประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. กลุ่มเครือข่าย หมู่บ้าน/ชุมชน วัด/ศาสนสถาน
 สถานศึกษา โรงงาน/สถานประกอบการ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม (กรุงเทพมหานครพื้นที่/
จังหวัด/สาขา)..... พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
..... ประเภทออมทรัพย์เลขที่บัญชี.....

๒. ข้าพเจ้ารับทราบหน้าที่และยอมรับหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัคร
และมีได้เป็นผู้เสพ ผู้ค้า ผู้สนับสนุนหรือส่งเสริม ตลอดจนการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้
ในใบสมัครฯ นี้ เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

รหัสเครือข่าย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด...../หัวหน้าสำนักงานประกันสังคม.....
จากการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้สมัครราย (นาย/นาง/นางสาว)
.....แล้ว มีความเห็นว่า

- เห็นควรอนุมัติ ให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ตัวอย่าง

บัตรประจำตัวเครือข่ายประกันสังคม

5.4 ซม.		 เครือข่ายประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม
		ชื่อ-นามสกุล นางสาวกรดี ดวงดี เลขประจำตัวประชาชน 3310400123472 รหัสเครือข่าย 72000087 สังกัดพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดสุพรรณบุรี
	ลายมือชื่อ วันออกบัตร วันที่อนุมัติ บัตรหมดอายุ 1 ปี นับจากวันออกบัตร	ผู้มีอำนาจออกบัตร ผู้ออกบัตร
	8.4 ซม.	

หมายเหตุ ผู้มีอำนาจออกบัตร หมายถึง ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด...../หัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....สาขา.....