



เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

สถานที่รับ.....

คำอุทธรณ์

ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าทำงานในหน้าที่.....ได้รับค่าจ้างเป็น

รายเดือน ๆ ละ.....บาท หรือเป็นรายวัน ๆ ละ.....บาท

สถานที่ติดต่อได้โดยสะดวกคือ.....

สถานประกอบการของนายจ้างชื่อ.....

ประเภทกิจการ... เลขที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

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

ขอยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ในฐานะ () ผู้ประกันตน

() ทายาท () ผู้จัดการศพ () ผู้รับมอบอำนาจ ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่กอง.....

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่.....แล้วเมื่อวันที่.....

ตามคำสั่งแนบท้าย และเห็นว่าคำสั่งดังกล่าวยังคงคลาดเคลื่อนต่อความเป็นจริง ที่ถูกต้องคือ

(โปรดระบุโดยละเอียดถ้าไม่พอใช้แผ่นต่อได้).....

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 18 lines spaced evenly down the page.

2. ข้าพเจ้าขอให้คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณา

() จ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์เป็นเงิน.....บาท

() จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ รวม.....วัน

แพทย์มีคำสั่งให้หยุดพักรักษาตัวเป็นเวลาวัน

ในปีที่ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ได้ใช้สิทธิลาป่วยโดย

ได้รับค่าจ้างจกนายจ้างมาแล้ว.....วัน

ได้กลับเข้าทำงานเมื่อ.....

() จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

() ค่าคลอดบุตร

() เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร

() จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

() จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

() ค่าทำศพ

() เงินสงเคราะห์

() จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร

() จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

() อื่นๆ(ระบุ).....

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารมาประกอบการพิจารณาด้วย คือ

() สำเนาบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

() ใบรับรองแพทย์

() ใบเสร็จรับเงิน

()

()

ลงชื่อ.....ผู้อุทธรณ์/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)