



สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ...../.....

วันที่รับ...../...../.....

คำขอลาออก ขอมีบัตรใหม่ หรือขอเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริง
เครือข่ายประกันสังคม

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....รหัสเครือข่าย.....

สังกัดพื้นที่รับผิดชอบ.....

มีความประสงค์ (โปรดขีดเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ) ขอลาออกจากการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ขอมีบัตรใหม่ ขอเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริง เนื่องจาก เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล คำนำหน้านาม บัตรชำรุด บัตรสูญหายหรือถูกทำลาย บัตรหมดอายุ เลขประจำตัวประชาชน บัญชีธนาคาร..... ที่อยู่ (โปรด ระบุ)..... อื่นๆ

ทั้งนี้ ได้แนบรูปถ่าย จำนวน ๑ ใบ มาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชนทุกครั้ง

เอกสารประกอบการยื่น

- กรณีขอมีบัตรใหม่ ให้แนบรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน (นับถึงวันที่ยื่นคำขอ) จำนวน ๑ ใบ และหลักฐานอื่นๆ เช่น ทะเบียนสมรส ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล

- กรณีบัตรชำรุดหรือบัตรหมดอายุ ให้แนบบัตรที่ชำรุดหรือหมดอายุ

- กรณีเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร ให้แนบสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ของตนเอง