



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน ---
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน
 ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน ---
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงาน/สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....
4. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ. ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....
 พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน ---
- (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
- ประสบนัตราหรือเจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิฯ
- ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....
- กรณีทันตกรรม วันที่รับบริการทันตกรรม วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....(ใบรับรองแพทย์ด้านหลัง)
- คลอดบุตร ค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ วันที่ใช้สิทธิ.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
 ค่าคลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ทูพพลภาพ เงินทดแทนการขาดรายได้
 ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ค่าพาหนะ
 ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- ตาย ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์กรณีตาย
- ชราภาพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบนัตราหรือเจ็บป่วย และกรณีทูพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ประสบนัตราหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพเจ้า จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพเจ้า มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ใบรับรองแพทย์กรณีทันตกรรม

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้

F = ฟันที่อุดครั้งนี้

วันที่.....

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

เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ส.ทันตกรรมชั้น 1 ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รับการ

โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง,นางสาว).....

โดย อุดฟัน.....ซี่ ที่ #

ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ที่ #

ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่

ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

(ลงชื่อ)แพทย์ผู้รักษา

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สลิดิวลาป่วย (ถ้ามี) **หมายเหตุ** ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

• สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

• ใบเสร็จรับเงิน • ใบรับรองแพทย์หรือสำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (ระบุวันที่ตรวจครรภ์และอายุครรภ์)

กรณีฝากครรภ์

• ใบเสร็จรับเงิน • ใบรับรองแพทย์ • สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)

กรณีทุพพลภาพ

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีตาย

กรณีขอรับค่าทำศพ • สำเนามรณบัตร • หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ • สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดาผู้ตาย (ถ้ามี)
• สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
• หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)

กรณีสงเคราะห์บุตร

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา
กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
• สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา

กรณีชราภาพ

• สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ
กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย • สำเนามรณบัตร • สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ
• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)
• สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
• หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี)
กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ • แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ

หมายเหตุ

- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
- ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
- ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
- ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้