



แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืน ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ /
วันที่รับ.....

- นาย นาง นางสาว อื่นๆชื่อ- ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ทางเลือกที่ 1 ทางเลือกที่ 2 ทางเลือกที่ 3 ผู้มีสิทธิ
- มีความประสงค์ขอรับเงินไม่พึงชำระคืน กรณี
 ไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่..... ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่.....
 กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ตั้งแต่..... เปลี่ยนแปลงรูปแบบทางเลือก ตั้งแต่.....
 กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ตั้งแต่..... ผู้ประกันตนเสียชีวิต ตั้งแต่.....
- กรณีผู้ประกันตน**มีชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
 หนังสือมอบอำนาจ
กรณีผู้ประกันตน**เสียชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
 บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
 ทะเบียนสมรสบิดา มารดาของผู้ประกันตน ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
 ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
 สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
 ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง
(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
ไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนจากสำนักงานภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิขอรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี
นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....
ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า
 เห็นควรอนุมัติคืนเงินไม่พึงชำระให้ นาย นาง นางสาว.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....
 อนุมัติ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....