

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ โดยเพิ่มช่องทางการยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนด้วยวิธีการทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และเพิ่มช่องทางการขอรับเงินโดยวิธีการโอนเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้การปฏิบัติราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ และเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน และผู้มีสิทธิ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๑ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี

ข้อ ๕ ให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนตามแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ (สปส.2-01/ม.40) ท้ายระเบียบนี้ ต่อสำนักงาน หรือด้วยวิธีการทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นตามที่เลขาธิการกำหนดแล้วแต่กรณี ภายใน ๒ ปีนับแต่วันที่มิสิทธิ

ในกรณียื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามวรรคหนึ่งด้วยวิธีการทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ ให้ถือวันประทับตราไปรษณีย์ต้นทางเป็นสำคัญ ส่วนกรณียื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นตามที่เลขาธิการกำหนด ให้ผู้ยื่นเก็บหลักฐานการส่งเพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๖ แบบคำขอที่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ระเบียบนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นแบบคำขอตามระเบียบนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่
อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน มือถือ..... อีเมล
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน
เลขประจำตัวประชาชน -----
หลักฐานที่นำมาแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ระบุ.....
3. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ณาณัติสั่งจ่าย ปณ. ธนาคาร
- พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน ----- อื่นๆ (โปรดระบุ)
- (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการใช้สิทธิเท่านั้น)

- ประสบันตรายหรือเจ็บป่วย
- () เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน
- () เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน
- () เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล
วันที่
- ด้วยสาเหตุ/โรค
- ทุพพลภาพ () เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน
ด้วยสาเหตุ/โรค
- ตาย วัน เดือน ปี ที่ตาย สาเหตุการตาย.....
() เงินค่าทำศพ () เงินสงเคราะห์กรณีตาย
- ชราภาพ วัน เดือน ปี เกิด
- () วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน () วัน เดือน ปี ที่ตาย
- สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) เกิดวันที่.....
2) เกิดวันที่.....

5. หากข้าพเจ้ามีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามที่ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และในพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2561 ในกรณีเดียวกัน ข้าพเจ้าขอรับประโยชน์ทดแทนที่มากกว่าเพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินไปโดยไม่มีสิทธิหรือรับเงินไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับไปดังกล่าว นับแต่วันที่ทราบถึงการรับเงินไปเกินสิทธิ แล้วแต่กรณี

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

.....

วันที่/...../.....

กรณีมีผู้ยื่นคำขอในฐานะผู้มีสิทธิมากกว่า 1 คน (มีต่อหน้า 2)

ผู้ยื่นคำขอ			(ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลงชื่อ	
2. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	
3. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	
4. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	
5. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	
6. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	
7. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	
8. ที่อยู่.....	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () ธนาคารเลขที่บัญชี..... () พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน (.....)	

คำแนะนำในการกรอกแบบ

- กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีผู้ยื่นคำขอในฐานะผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องผู้ยื่นคำขอ)

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานฯ ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ใบรับรองแพทย์ หรือ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ)
- หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- บัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ)
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิ

ผู้ประกันตนชาย

- สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือ คำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ประกันตน

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- ทะเบียนบ้านของผู้ตาย และผู้มีสิทธิ
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ)