

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม เพื่อให้บุคคลภายนอกมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ทั้งนี้ คณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา (ชุดที่ ๑๓) ได้มีมติในคราวประชุมครั้งที่ ๒๐/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๑ และครั้งที่ ๕/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๒ เห็นชอบในหลักการแนวทางการขับเคลื่อนการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ให้บุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์งานประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ให้กับผู้ประกอบการอาชีพอิสระทราบถึงความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ ตลอดจนช่องทางและวิธีการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายการขยายความคุ้มครองด้านการประกันสังคมถ้วนหน้า

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“เครือข่ายประกันสังคม” หมายความว่า บุคคลผู้ซึ่งได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม เพื่อปฏิบัติภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

“บัตร” หมายความว่า บัตรประจำตัวเครือข่ายประกันสังคม

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ รวมทั้งให้มีอำนาจตีความ และวินิจฉัยชี้ขาด ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ข้อ ๕ เครือข่ายประกันสังคม มีหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานในภารกิจของสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นสื่อกลางในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษา แนะนำ และเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐

(๒) ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ให้ทราบถึงช่องทางวิธีการสมัครและการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

(๓) เก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ซึ่งถือเป็นความลับ และห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ไม่ว่าด้วยวิธีการใด ๆ หรือนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เพื่อประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่น

(๔) ช่วยเหลือการดำเนินงานของสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ในภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐

ในการปฏิบัติหน้าที่ต้องแสดงบัตรทุกครั้ง

เครือข่ายประกันสังคม มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงาน ตามหลักเกณฑ์วิธีการและอัตราที่เลขาธิการประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

ข้อ ๖ บุคคลผู้ซึ่งประสงค์จะสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ให้ยื่นใบสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ท้ายระเบียบนี้ ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พร้อมด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่มีเลขประจำตัวประชาชนซึ่งทางราชการออกให้ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

ข้อ ๗ บุคคลผู้ซึ่งจะได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม ต้องมีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(๓) มีความประพฤติเรียบร้อย ซื่อสัตย์สุจริต และมีมนุษยสัมพันธ์ดี

(๔) เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ที่จะช่วยเหลือการดำเนินงานของสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ในภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐

(๕) ไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานประกันสังคม และให้หมายความรวมถึงลูกจ้างประเภทอื่น ๆ ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร ตลอดจนบุคคลธรรมดา ที่สำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ทำสัญญาจ้างเพื่อปฏิบัติงาน ในภารกิจของสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

(๖) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

ข้อ ๘ สำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา อาจจะถูกฟ้องการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ทุจริตต่อการปฏิบัติหน้าที่

(๒) เป็นผู้ขาดคุณสมบัติและมีลักษณะต้องห้าม ตามข้อ ๗

(๓) มีเหตุอันควรสงสัย หรือกระทำการอื่นใดอันก่อให้เกิดความเสียหาย ให้แก่สำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ ๕

(๔) มีความประพฤติ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นเครือข่ายประกันสังคม

ข้อ ๙ ความเป็นเครือข่ายประกันสังคม ย่อมสิ้นสุดลง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกฟ้องการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ ๘

ข้อ ๑๐ ถ้าปรากฏภายหลังว่าเครือข่ายประกันสังคม ผู้ใดถูกฟ้องการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ ๙ (๓) อันเป็นเหตุให้การเป็นเครือข่ายประกันสังคมสิ้นสุดลง การสิ้นสุดลงเช่นว่านี้ ย่อมไม่กระทบถึงการใดที่ผู้นั้นได้ปฏิบัติตามหน้าที่ก่อนถูกฟ้อง

ข้อ ๑๑ ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ และสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ออกประกาศรับสมัครบุคคลภายนอกเพื่อเข้าเป็นเครือข่ายประกันสังคม

ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้สมัคร พร้อมเสนอความเห็นต่อผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ และเมื่อผู้สมัครได้รับอนุมัติให้เป็นเครือข่ายประกันสังคมแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ออกบัตรทำทะเบียนนี้ ทั้งนี้ ให้บัตรมีอายุหนึ่งปีนับแต่วันที่ออกบัตร

ข้อ ๑๒ การพิจารณาอนุมัติการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้ที่มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ

(๑) ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งประภทวิชาการตั้งแต่ระดับชำนาญการขึ้นไป ซึ่งปฏิบัติราชการ ณ สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ให้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่นั้น

(๒) ประกันสังคมจังหวัด หรือข้าราชการพลเรือนสามัญตำแหน่งประเภทวิชาการตั้งแต่ระดับชำนาญการขึ้นไป ซึ่งปฏิบัติราชการ ณ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ที่ได้รับมอบหมายจากประกันสังคมจังหวัด ให้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขานั้น

ข้อ ๑๓ เครือข่ายประกันสังคม ที่ประสงค์จะลาออก ขอมีบัตรใหม่ หรือประสงค์จะเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง ให้ยื่นคำขอตายระเบียบนี้ พร้อมหลักฐานต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

อนันต์ชัย อุทัยพัฒนาชีพ

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

รูปถ่าย
๑ นิ้ว



สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ...../.....
วันที่รับ...../...../.....

ใบสมัครเครือข่ายประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อาชีพ อสม. อสร. อสม.และอสร. อื่นๆ
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบ
ของสำนักงานประกันสังคม (กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา).....
พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร..... ประเภทออมทรัพย์
เลขที่บัญชี.....

๒. ข้าพเจ้ารับทราบหน้าที่และยอมรับหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัคร
และขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบสมัครฯ นี้ เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

รหัสเครือข่าย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด...../หัวหน้าสำนักงานประกันสังคม.....

จากการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้สมัครราย (นาย/นาง/นางสาว)
.....แล้ว มีความเห็นว่า

- เห็นควรอนุมัติ ให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....


ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ตัวอย่าง

บัตรประจำตัวเครือข่ายประกันสังคม

5.4 ซม.

 สำนักงานประกันสังคม	เครือข่ายประกันสังคม ชื่อ นางสาวการดี ดวงดี เลขประจำตัวประชาชน 3310400123472 รหัสเครือข่าย 1003001 สังกัดพื้นที่รับผิดชอบ สปส. กทม. พื้นที่ 3
 ลายมือชื่อ วันที่อนุมัติ วันออกบัตร	ผู้มีอำนาจออกบัตร ผู้ออกบัตร 1 ปี นับจากวันออกบัตร... บัตรหมดอายุ

8.4 ซม.

หมายเหตุ ผู้มีอำนาจออกบัตร หมายถึง ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด...../หัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....สาขา.....



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