



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบที่หน้า 4

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 --
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
 เลขที่บัญชี -- ลำดับที่สาขา
4. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารที่ตั้งง่าย ปณ. ธนาคาร.....
 (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. **ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น**

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีเจ็บป่วย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล (ให้กรอกข้อ 1 - 5) <input type="checkbox"/> ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ (ให้กรอกข้อ 4 และ 5) <input type="checkbox"/> เงินทดแทนการขาดรายได้ (ให้กรอกข้อ 6)	1. กรณี <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> นुकเงิน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... ประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผ่าตัด 2. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... 3. สาเหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามบัตร รับรองสิทธิฯ..... 4. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล..... 5. จำนวนเงินที่จ่าย <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าอวัยวะเทียม/ อุปกรณ์ คือ เป็นเงิน.....บาท 6. วัน เดือน ปี ที่เริ่มขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... วันที่กลับเข้าทำงาน.....	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ) <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงิน ทดแทนการขาดรายได้) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทน การขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณี ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความ จำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภท อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีคลอดบุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> ค่าคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์การหยุดงาน เพื่อการคลอดบุตร (มีสิทธิ เบิกได้เฉพาะผู้ประกันตน หญิงเท่านั้น)	1. วัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร..... 2. ชื่อสามีหรือภริยาของผู้ประกันตน..... เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 3. วิธีการคลอดบุตร <input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าตัด	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ <input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตร ของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ <input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตร ของคู่แฝดด้วย) <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียน สมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตน กรณีไม่มีทะเบียนสมรส

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีทุพพลภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินทดแทนการขาดรายได้/ค่ารักษาพยาบาล (กรอกข้อ 1) <input type="checkbox"/> ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ (กรอกข้อ 1 และ 2) <input type="checkbox"/> ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ (กรอกข้อ 1 และ 3)	1. วัน เดือน ปี ที่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล..... ด้วยโรค..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาชื่อ..... ค่ารักษาเป็นเงิน.....บาท 2. ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ คือ..... เป็นเงิน บาท 3. วัน เดือน ปีที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ..... ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเงิน.....บาท	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ) <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีตาย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> ค่าทำศพ (กรอกข้อ 1 และ 2) <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันคนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป/กรอกข้อ 1 และ 3)	1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย..... สาเหตุการตาย..... 2. ผู้ยื่นคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและจัดการศพจริง <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ 3. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์กรณีตายเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร	กรณีขอรับค่าทำศพ <input type="checkbox"/> สำเนามรณบัตร <input type="checkbox"/> หลักฐานจากฌาปนสถาน หรือมัสยิดที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีสงเคราะห์บุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์บุตร	1. บุตรที่ขอใช้สิทธิ เรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง 1.1 ชื่อ.....เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 1.2 ชื่อ.....เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 2. ชื่อคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของบุตร 2.1..... เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 2.2 เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (กรณีคู่สมรสมิได้เป็นบุคคลเดียวกับข้อ 2.1)	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ <input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตร โดยชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีชราภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินบำนาญชราภาพ <input type="checkbox"/> เงินบำนาญชราภาพ (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันคนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป)	<input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ออกจากงาน <input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ทุพพลภาพ..... <input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ตาย.....	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย <input type="checkbox"/> สำเนากรมบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรในช่วงเวลาเดียวกัน ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย และธนาคารไทยธนาคาร จำกัด (มหาชน)
5. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ต้องการ
6. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
7. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ