

# คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การแจ้งเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริงนายจ้าง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักเงินสมทบ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

## ขอบเขตการให้บริการ

### สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

- สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
  - สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
- ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ  
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์  
<http://www.sso.go.th>

### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์  
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

## หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และ แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้ กรณีชื่อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อความ  
ในแบบรายการที่ได้ยื่นไว้ต่อสำนักงานเปลี่ยนแปลงไป ให้นายจ้างแจ้ง ขอเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการ  
เป็นหนังสือตามแบบ สปส. 6-15 ภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ย้ายสถานประกอบการ หยุดกิจการชั่วคราว เลิกประกอบกิจการ เปลี่ยนชื่อ  
สถานประกอบการ เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ เพิ่มจำนวนสาขา ยกเลิกสาขา เปลี่ยนสถานที่  
นำส่งเงินสมทบ อื่น ๆ

หมายเหตุ :

- กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ใน  
ขณะนั้น ผู้รับคำขอฯและผู้ยื่นคำขอฯจะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานที่เจ้าหน้าที่  
แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ  
ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสาร  
ประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่นส่ง เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

## ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

### ขั้นตอน

### หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1. การตรวจสอบเอกสาร  
นายจ้างยื่นคำขอฯ และตรวจสอบ  
ความถูกต้องเอกสารเจ้าหน้าที่บันทึก  
และแก้ไขตามแบบเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง  
(ระยะเวลา 30 นาที)

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12  
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

**สรุป** รวมระยะเวลา 30 นาที

## รายการเอกสารประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- แบบเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง สปส. 6-15 จำนวน 1 ฉบับ
- **ย้ายสถานประกอบการ** เอกสารประกอบการพิจารณา แบบสำเนาหรือภาพถ่าย หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ฉบับที่อยู่ปัจจุบันพร้อมแผนที่ตั้งใหม่ จำนวน 1 ชุด

- **เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ** เอกสารประกอบการพิจารณา  
กรณีเจ้าของคนเดียว  
 แบบใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ จำนวน 1 ชุด  
กรณีจดทะเบียนนิติบุคคล  
 แบบสำเนาหรือภาพถ่ายหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล  
 ฉบับที่มีการเปลี่ยนชื่อใหม่ จำนวน 1 ชุด
- **หยุดกิจการชั่วคราว** เอกสารประกอบการพิจารณา  
 สำเนาหรือภาพถ่ายแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภพ.09)  
 สำเนาหรือภาพถ่ายแบบแสดงรายการภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภพ.30)  
 รายเดือนพร้อมสำเนาหรือภาพถ่ายใบเสร็จรับเงินของสรรพากร จำนวน 1 ชุด
- **ยกเลิกกิจการ** เอกสารประกอบการพิจารณา  
กรณีนิติบุคคล  
 สำเนาหรือภาพถ่ายหนังสือรับรองการจดทะเบียนเลิกที่กระทรวงพาณิชย์ จำนวน 1 ชุด  
กรณีบุคคลธรรมดาหรือหุ้นส่วนผู้จัดการ  
 ใบมรณะบัตร จำนวน 1 ชุด
- **เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม** เอกสารประกอบการพิจารณา  
 สำเนาหรือภาพถ่ายหนังสือรับรองที่ได้จดทะเบียนเปลี่ยนชื่อหรือผู้มีอำนาจลงนาม  
 หนังสือมอบอำนาจต้องแนบสำเนาหรือภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของ  
 ผู้มอบอำนาจ จำนวน 1 ชุด
- **เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ** เอกสารประกอบการพิจารณา  
 หนังสือมอบอำนาจต้องแนบสำเนาหรือภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ  
 และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมทั้งติดอากรแสตมป์ จำนวน 1 ชุด
- **เพิ่มจำนวนสาขา** เอกสารประกอบการพิจารณา ที่ตั้งที่ชัดเจน  
 พร้อมสำเนาหรือภาพถ่ายที่ตั้งของสาขา จำนวน 1 ชุด
- **ยกเลิกสาขา** เอกสารประกอบการพิจารณา (ไม่มีเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้)
- **เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ** เอกสารประกอบการพิจารณา  
 (ไม่มีเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้)

**หมายเหตุ :** เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ  
 และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / [www.1111.go.th](http://www.1111.go.th) /  
ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300

## ผังแสดงการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

นายจ้างยื่นคำขอและ  
ตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร  
เจ้าหน้าที่บันทึกและแก้ไขตามแบบเปลี่ยนแปลง  
ข้อเท็จจริงนายจ้าง

(30 นาที)

สรุป

รวมระยะเวลา 30 นาที

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริงนายจ้าง (สปส.6-15)