

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

● ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม	1-4
● ความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายประกันสังคม	5-11
- หน้าที่เครือข่ายประกันสังคม	5
- การสิ้นสุดความเป็นเครือข่ายประกันสังคม	5
- การขอลาออก มีบัตรใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง	7
- การสมัครและขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนภายใต้เครือข่ายประกันสังคม	7
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา 40	8-11
● ความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมมาตรา 40	12-22
- การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40	12
- ช่องทางการชำระเงินสมทบประกันสังคมมาตรา 40	14
- การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูล	15
- หลักเกณฑ์เงื่อนไขการขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนและการขอรับเงินคืน	16
- สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนตามมาตรา 40	17
- การรับเงินคืน	21-22
● แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง	24-35
● ภาคผนวก	36-39

ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562

หน้า ๔

เล่ม ๑๓๖ ตอนพิเศษ ๑๕๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

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 ให้กับผู้ประกอบอาชีพอิสระทราบถึงความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ ตลอดจนช่องทางและวิธีการ การสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ให้เป็นไป อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายการขยายความคุ้มครองด้านการประกันสังคมถ้วนหน้า

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

ข้อ ๑. ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม

(๒) ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ให้ทราบถึงช่องทางวิธีการสมัครและการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

(๓) เก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ซึ่งถือเป็นความลับ และห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ไม่ว่าด้วยวิธีการใด ๆ หรือนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เพื่อประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่น

(๔) ช่วยเหลือการดำเนินงานของสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ในภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐

ในการปฏิบัติหน้าที่ต้องแสดงบัตรทุกครั้ง

เครือข่ายประกันสังคม มีสิทธิได้รับคำตอบแทนส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงาน ตามหลักเกณฑ์วิธีการและอัตราที่เลขาธิการประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

ข้อ ๖ บุคคลผู้ซึ่งประสงค์จะสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ให้ยื่นใบสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ห้าระยะเบียบนี้ ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พร้อมด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่มีเลขประจำตัวประชาชนซึ่งทางราชการออกให้ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

ข้อ ๘ สำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา อาจจะเพิกถอนการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในกรณี ดังต่อไปนี้

- (๑) พุทธต่อการปฏิบัติหน้าที่
- (๒) เป็นผู้ขาดคุณสมบัติและมีลักษณะต้องห้าม ตามข้อ ๗
- (๓) มีเหตุอันควรสงสัย หรือกระทำการอื่นใดอันก่อให้เกิดความเสียหาย ให้แก่สำนักงาน สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ ๕

(๔) มีความประพฤติ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นเครือข่ายประกันสังคม

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

ข้อ ๑๓ เครือข่ายประกันสังคม ที่ประสงค์จะลาออก ขอมีบัตรใหม่ หรือประสงค์จะเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริง ให้ยื่นคำขอท้ายระเบียบนี้ พร้อมหลักฐานต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

อนันต์ชัย อุทัยพัฒนาชีพ

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

ความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายประกันสังคม

หน้าที่เครือข่ายประกันสังคม

เครือข่ายประกันสังคม มีหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานในภารกิจของสำนักงานประกันสังคม/สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขาดังนี้

1. เป็นสื่อกลางในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษา แนะนำ และเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ด้านการประกันสังคมตามมาตรา 40

2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ทราบถึงช่องทางวิธีการสมัครและการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนและการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

3. เก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ซึ่งถือเป็นความลับ และห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ หรือนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เพื่อประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่น

4. ช่วยเหลือการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม/สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ในภารกิจด้านการประกันสังคมตามมาตรา 40

ซึ่งในการปฏิบัติหน้าที่ต้องแสดงบัตรทุกครั้ง

การสิ้นสุดความเป็นเครือข่ายประกันสังคม

1. เสียชีวิต

2. ลาออก

3. ถูกเพิกถอนการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562 ดังนี้

-6-

(1) ทุจริตต่อการปฏิบัติหน้าที่

(2) เป็นผู้ขาดคุณสมบัติและมีลักษณะต้องห้าม ตามข้อ 7 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562

(3) มีเหตุอันควรสงสัยหรือกระทำการอื่นใดอันก่อให้เกิดความเสียหายให้แก่สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ 5 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562

(4) มีความประพฤติ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นเครือข่ายประกันสังคม

หมายเหตุ : กรณีถูกเพิกถอนการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ 3 (1) ทุจริตต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือ (3) มีเหตุอันควรสงสัย หรือกระทำการอื่นใดอันก่อให้เกิดความเสียหายให้แก่สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของเครือข่ายประกันสังคม ตามข้อ 5 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562 หรือ (4) มีความประพฤติหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ให้สำนักงานประกันสังคม สำนักงาน

ประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา **เป็นผู้มีอำนาจเพิกถอนการเป็น เครือข่ายประกันสังคมรายนั้น**

ทั้งนี้ หากเครือข่ายประกันสังคมรายใดถูกเพิกถอนแล้ว จะไม่สามารถกลับมาสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคมได้อีก **เว้นแต่กรณี ข้อ 3 (2) เป็นผู้ขาดคุณสมบัติและมีลักษณะต้องห้าม ตามข้อ ๗ แห่งระเบียบสำนักงาน**

-7-

ประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562 เมื่อมีคุณสมบัติครบ และไม่มีลักษณะต้องห้าม สามารถสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคมใหม่ได้

การขอลาออก ขอมิบัตรใหม่ หรือขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

ให้เครือข่ายประกันสังคมยื่นแบบคำขอลาออก ขอมิบัตรใหม่ หรือขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงเครือข่ายประกันสังคม และต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พร้อมหลักฐาน ดังนี้

1. กรณีขอมิบัตรใหม่ ให้แนบบรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันที่ยื่นคำขอ จำนวน 1 ใบ พร้อมหลักฐานอื่นๆ เช่น ทะเบียนสมรส ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุล

2. กรณีบัตรชำรุดหรือบัตรหมดอายุ ให้แนบบัตรที่ชำรุดหรือบัตรหมดอายุ

3. กรณีขอเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร ให้แนบสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อผู้สมัคร จำนวน 1 ฉบับ

การสมัครและขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนภายใต้เครือข่ายประกันสังคม

1. เครือข่ายประกันสังคม สามารถให้คำแนะนำผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยเข้า URL : <https://www.sso.go.th/m40> เครือข่ายประกันสังคมจะต้องแจ้งรหัสเครือข่ายและรหัสผ่านของตนเองให้ผู้ທີ່ประสงค์จะสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ทราบ เพื่อใช้ในการเข้าระบบฯ

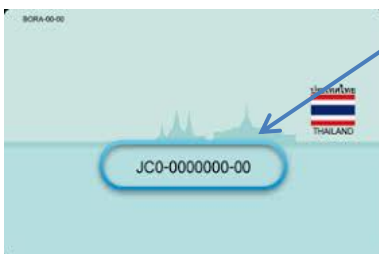
2. เครือข่ายประกันสังคม สามารถรวบรวมแบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40) และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร โดยถ่ายสำเนาบัตรฯ ทั้งด้านหน้าและด้านหลังให้ชัดเจน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา เพื่อให้เจ้าหน้าที่ฯ บันทึกข้อมูลการสมัครเป็นผู้ประกันตนภายใต้เครือข่าย

-8-

ตัวอย่าง การถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ด้านหน้าและด้านหลังให้ชัดเจน



หมายเลขหลังบัตรประจำตัวประชาชน (Laser code)
อักษร ๒ ตัวแรกจะเป็นภาษาอังกฤษ ตามด้วยเลข ๑๐ หลัก
เช่น JC0-0000000-00



ข้อควรระวัง ผู้ประกันตนที่สมัครผ่านเครือข่ายประกันสังคมและมีการบันทึก
อนุมัติในระบบฯ แล้ว จะต้องชำระเงินสมทบงวดแรกทันที หากชำระเงิน
สมทบช้า จะมีผลทำให้ผู้ประกันตนที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ไม่สามารถ
ชำระเงินสมทบได้

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่ เครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา 40

การจ่ายค่าตอบแทนส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่าย
ประกันสังคมตามมาตรา 40 ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราการจ่ายค่าตอบแทนส่งเสริม
สนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562 ซึ่งใช้
บังคับเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2562 ดังนี้

-9-

1. เครือข่ายประกันสังคมมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนในกรณีที่แนะนำ
บุคคลต่อไปดังนี้ ให้สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ และได้รับอนุมัติให้
เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และชำระเงินสมทบงวดแรกแล้ว

1.1 บุคคลที่ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 หรือ

1.2 เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และลาออกก่อนวันที่
ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562
มีผลใช้บังคับ หรือ

1.3 เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และลาออกหลังวันที่
ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเครือข่ายประกันสังคม พ.ศ. 2562
มีผลใช้บังคับ โดยมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับตั้งแต่เดือนที่ลาออก

2. การจ่ายค่าตอบแทน จะจ่ายให้อัตรา 13 บาท ต่อผู้ประกันตน

จำนวน 1 ราย ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน โดยวิธีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารของเครือข่ายประกันสังคม และหากมีค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร เครือข่ายประกันสังคมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมนั้น

3. การคำนวณผลงานเพื่อจ่ายค่าตอบแทนในแต่ละเดือน ตามข้อ 2 ต้องมีจำนวนผู้ประกันตนสะสมตั้งแต่ 30 รายขึ้นไป หากเดือนใดมีจำนวนผู้ประกันตนสะสมไม่ครบ 30 ราย ให้นำไปรวมคำนวณเพื่อจ่ายค่าตอบแทนในเดือนถัดไป

4. กรณีความเป็นเครือข่ายประกันสังคมสิ้นสุดลง เมื่อ เสียชีวิต ลาออก หรือถูกเพิกถอนการเป็นเครือข่ายประกันสังคม จะจ่ายค่าตอบแทนที่ยังค้างจ่ายแก่เครือข่ายประกันสังคมในเดือนถัดจากเดือนที่ความเป็นเครือข่ายประกันสังคมสิ้นสุดลง

วิธีการคำนวณ

(1) กรณีที่เดือนใดมีจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 สะสมตั้งแต่ 30 ราย

-10-

ตัวอย่างที่ 1 นาย A ได้รับการอนุมัติให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม วันที่ 5 กรกฎาคม 2562

ผลงานประจำเดือน	จำนวนผู้ประกันตน (ราย)	สะสม	ผลการอนุมัติ	หมายเหตุ
ก.ค. 2562 (วันที่ 5-31)	35	35	☒ จ่าย	มียอดสะสมตั้งแต่ 30 รายขึ้นไป จะได้รับเงินค่าตอบแทนภายในวันที่ 25 ส.ค. 62

(2) กรณีที่เดือนใดมีจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 สะสมไม่ครบ 30 ราย ให้นำจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในเดือนดังกล่าวไปสะสมเพื่อรวมคำนวณจ่ายค่าตอบแทนในเดือนถัดไป

ตัวอย่างที่ 2 นาย B ได้รับการอนุมัติให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม วันที่ 10 กรกฎาคม 2562

ผลงานประจำเดือน	จำนวนผู้ประกันตน (ราย)	สะสม	ผลการอนุมัติ	หมายเหตุ
ก.ค. 2562 (วันที่ 10-31)	29	29	☒ ไม่จ่าย	สะสมในเดือนถัดไป
ส.ค. 2562 (วันที่ 1-31)	1	30	☒ จ่าย	ยอดยกมา ก.ค.62 จำนวน 29 ราย + ส.ค. 62 จำนวน 1 ราย จะได้รับค่าตอบแทนภายในวันที่ 25 ก.ย. 2562

ตัวอย่างที่ 3 นาย C ได้รับการอนุมัติให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม วันที่ 24 กรกฎาคม 2562

(3) กรณีที่ความเป็นเครือข่ายประกันสังคมสิ้นสุดลง เมื่อ เสียชีวิต ลาออก หรือถูกเพิกถอนการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ให้จ่ายค่าตอบแทนที่ยังค้างจ่ายแก่เครือข่ายประกันสังคมในเดือนถัดจากเดือนที่ความเป็นเครือข่ายประกันสังคมสิ้นสุดลง

-11-

ผลงานประจำเดือน	จำนวนผู้ประกันตน (ราย)	สะสม	ผลการอนุมัติ	หมายเหตุ
ก.ค. 2562 (วันที่ 24-31)	10	10	☒ ไม่จ่าย	สะสมในเดือนถัดไป
ส.ค. 2562 (วันที่ 1-31)	15	25	☒ ไม่จ่าย	สะสมในเดือนถัดไป
ก.ย. 2562 (วันที่ 1-30)	7	32	☒ จ่าย	ยอดยกมา ก.ค.62 จำนวน 10 ราย + ส.ค. 62 จำนวน 15 ราย + ก.ย. 62 จำนวน 7 ราย จะได้รับค่าตอบแทนภายในวันที่ 25 ต.ค. 2562

ตัวอย่างที่ 4 นาย D ความเป็นเครือข่ายประกันสังคมสิ้นสุดลง เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2562

ผลงานประจำเดือน	จำนวนผู้ประกันตน (ราย)	สะสม	ผลการอนุมัติ	หมายเหตุ
ก.ค. 2562 (วันที่ 1-31)	10	10	☒ ไม่จ่าย	สะสมในเดือนถัดไป
ส.ค. 2562 (วันที่ 1-31)	15	25	☒ ไม่จ่าย	สะสมในเดือนถัดไป
ก.ย. 2562 (วันที่ 1-25)	1	26	☒ จ่าย	ยอดยกมา ก.ค.62 จำนวน 10 ราย + ส.ค. 62 จำนวน 15 ราย + ก.ย.62 จำนวน 1 ราย จะได้รับค่าตอบแทนภายในวันที่ 25 ต.ค. 2562

ความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมมาตรา 40

การสมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

ตามพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2561

และพระราชกฤษฎีกากำหนดคุณสมบัติของบุคคลซึ่งอาจสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2561 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2561 นั้น

● **คุณสมบัติของผู้สมัคร**

1. มีสัญชาติไทย

2. เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งอพยพเข้ามาอาศัยในประเทศไทย โดยมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลข 6 หรือ เลข 7

3. เป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับ ที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็นเลข 0 ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยแต่มีเลขประจำตัวหลักแรกและหลักที่สองเป็นเลข 0 (00)

4. ผู้สมัครต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์

5. ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39

6. ไม่เป็นสมาชิกของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ

ข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ
ข้าราชการท้องถิ่น

7. หากเป็นบุคคลซึ่งเป็นผู้พิการ ให้ระบุลักษณะหรืออาการ
ของผู้พิการโดยละเอียด (ยกเว้น ผู้พิการทางสติปัญญาและผู้พิการที่ไม่อาจ
รับรู้สิทธิที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไม่สามารถ
สมัครและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้)

- **หลักฐานการสมัคร**

1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้แทน
บัตรประจำตัวประชาชน

2. แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40)
กรณีไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายนิ้วมือแทนการลงชื่อ
และให้มีผู้รับรองลายมือชื่อจำนวน 2 คน

- **สถานที่ในการสมัคร**

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงาน
ประกันสังคมจังหวัด/สาขาทุกแห่งทั่วประเทศ (ยกเว้นสำนักงานใหญ่)

2. อินเทอร์เน็ต www.sso.go.th/m40

3. บริษัทเคาน์เตอร์เซอร์วิส เซเว่น อีเลฟเว่น (7-11)

4. ระบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนผ่านเครือข่ายประกันสังคมมาตรา 40

- **จ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 มี 3 ทางเลือก ดังนี้**

ทางเลือกที่ 1 จ่ายเงินสมทบ 70 บาท/เดือน รัฐบาลสมทบ 30 บาท
สิทธิประโยชน์คุ้มครอง 3 กรณี คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย

ทางเลือกที่ 2 จ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน รัฐบาลสมทบ 50 บาท

สิทธิประโยชน์พื้นฐานคุ้มครอง 4 กรณี คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย และกรณีชราภาพ

-14-

ทางเลือกที่ 3 จ่ายเงินสมทบ 300 บาท/เดือน รัฐบาลสมทบ 150 บาท
สิทธิประโยชน์พื้นฐานคุ้มครอง 5 กรณี คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีชราภาพ และกรณีสงเคราะห์บุตร

หมายเหตุ : ผู้ประกันตนทางเลือกที่ 2 และทางเลือกที่ 3
สามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม (ออมเพิ่ม) ได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน

ช่องทางการชำระเงินสมทบประกันสังคมมาตรา 40

1. เคาน์เตอร์/หน่วยบริการ

ชื่อหน่วยบริการ	เงื่อนไขการรับชำระ			ทางเลือก		
	งวดปัจจุบัน	งวด ล่วงหน้า 12 งวด	เงินสมทบ เพิ่มเติม (เงินออม)	1	2	3
เทสโก้ โลตัส	✓			✓	✓	✓
ธนาคารกรุงไทย	✓		✓	✓	✓	✓
ธนาคารกรุงศรี	✓		✓	✓	✓	✓
เคาน์เตอร์เซอร์วิส	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ธนาคาร ธกส.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
บิ๊กซี	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cen pay	✓	✓	✓	✓	✓	
ตู้บุญเติม	✓	✓		✓	✓	✓

2. ทักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร

- ชำระงวดปัจจุบัน ได้ที่
 1. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.)
 2. ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

-15-

3. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา (มหาชน)
4. ธนาคารออมสิน
5. ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
6. ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน)
7. ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน)
8. ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)
9. ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)

3. สำนักงานประกันสังคม

- ชำระเงินสมทบได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานคร
พื้นที่/ประกันสังคมจังหวัด/ประกันสังคมสาขา

ข้อควรระวัง

1. การจ่ายเงินสมทบผ่านทางเคาน์เตอร์เซอร์วิสโปรดแจ้ง
พนักงานให้ชัดเจนว่าจะจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าหรือจ่ายเงินออมเพิ่ม
เพื่อไม่ให้จ่ายเงินผิดพลาด

2. จ่ายเงินสมทบผ่านการหักบัญชีธนาคารจะหักเงินในบัญชีธนาคาร จะหักเงินในบัญชีของผู้ประกันตนทุกวันที่ 20 ของทุกๆเดือน

3. ลืมหรือขาดส่งเงินสมทบ ไม่สามารถส่งเงินสมทบย้อนหลังได้ แต่ไม่ถือเป็นการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน สามารถส่งเงินสมทบงวด ปัจจุบันและส่งเงินล่วงหน้าได้ไม่เกิน 12 เดือน

4. เงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จ่าย สามารถนำ มาลดหย่อนภาษีได้

5. ผู้ประกันตนมาตรา 40 ไม่ถูกตัดสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูล

1. เมื่อเป็นผู้ประกันตนแล้วหากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล เช่น เปลี่ยนคำนำหน้านามชื่อ - สกุล ที่อยู่ติดต่อ เปลี่ยนแปลงสำนักงาน ประกันสังคมรับผิดชอบ หรือเปลี่ยนทางเลือกจ่ายเงินสมทบ เป็นต้น ให้ยื่น

-16-

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงหรือทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/1) พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. กรณีขอเปลี่ยนทางเลือกการจ่ายเงินสมทบจะทำได้ปีละ 1 ครั้ง โดยเมื่อยื่นขอเปลี่ยนแปลงทางเลือกแล้วจะมีผลในเดือนถัดไป

3. หากไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนมาตรา 40 ต่อไป (ลาออก) ให้ยื่นแบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/2)

หลักเกณฑ์เงื่อนไขและการขอรับประโยชน์ทดแทนและการขอรับเงินคืน

1. การยื่นขอรับประโยชน์ทดแทน

- ยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนมาตรา 40 (สปส. 2-01/ม.40) กรอกข้อความและลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอฯ ให้ครบถ้วน พร้อมหลักฐานประกอบการยื่น ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ
- บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ แทนบัตรประชาชน
- ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนภายใน 2 ปีนับแต่วันที่มีสิทธิ
- เมื่อผู้ประกันตน ได้รับแจ้งจากสำนักงานประกันสังคมให้รับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนจะต้องรับเงินภายใน 2 ปี นับจากวันที่ได้รับแจ้ง หากไม่รับภายในกำหนด ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. วิธีรับเงินประโยชน์ทดแทน

- รับเงิน ณ สำนักงานประกันสังคม
- รับเงินผ่านไปรษณีย์ (ธนาณัติ) ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ ที่ต้องการจะติดต่อขอรับเงิน

-17-

- รับเงินผ่านธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ ซึ่งต้องเป็นบัญชีของชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น

สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 เดือน
ก่อนเดือนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

ได้รับความคุ้มครอง	ทางเลือกที่ 1 จ่าย 70 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 2 จ่าย 100 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 3 จ่าย 300 บาท ต่อเดือน
ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อ - นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป - ไม่นอนโรงพยาบาล แต่มีใบรับรองแพทย์ให้หยุด พักรักษาตัว ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป (ภายใน 1 ปี นอนและไม่นอนโรงพยาบาล รวมกัน ไม่เกิน - ไปพบแพทย์ (ผู้ป่วยนอก) และแพทย์มีความเห็นให้ หยุดพักรักษาตัวไม่เกิน 2 วัน (ปีละไม่เกิน 3 ครั้ง และมีใบรับรองแพทย์มาแสดง)	วันละ 300 บาท วันละ 200 บาท 30 วัน ครั้งละ 50 บาท	วันละ 300 บาท วันละ 200 บาท 30 วัน ครั้งละ 50 บาท	วันละ 300 บาท วันละ 200 บาท 90 วัน ไม่คุ้มครอง

หมายเหตุ : สิทธิการรักษาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ/บัตรทอง
(สปสช.) หรือสิทธิเดิมที่มีอยู่ เป็นการต่อยอดสิทธิบัตรทอง

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย

- 1) ใบรับรองแพทย์ สำเนาเวชระเบียน หรือเอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่า
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- 2) ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์มีความเห็นให้หยุดพักรักษาตัว
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- 3) ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาในโรงพยาบาล หรือมี
ความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัวไม่เกิน 2 วัน

2. กรณีทุพพลภาพ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพหรือทุพพลภาพเพิ่มขึ้น

- (1) จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือนใน 10 เดือน ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เดือนละ 500 บาท
- (2) จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 12 เดือนใน 20 เดือน ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เดือนละ 650 บาท
- (3) จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 24 เดือนใน 40 เดือน ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เดือนละ 800 บาท
- (4) จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 36 เดือนใน 60 เดือน ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เดือนละ 1,000 บาท

ได้รับความคุ้มครอง	ทางเลือกที่ 1 จ่าย 70 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 2 จ่าย 100 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 3 จ่าย 300 บาท ต่อเดือน
- ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน - ตายระหว่างรับเงินทดแทนฯ รับเงินค่าทำศพ	เป็นเวลา 15 ปี 20,000 บาท	เป็นเวลา 15 ปี 20,000 บาท	ตลอดชีวิต 40,000 บาท

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย

- 1) ใบรับรองแพทย์
- 2) สำเนาเวชระเบียน

3. กรณีตาย

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 6 ใน 12 เดือน ก่อนเดือนที่ตาย **ยกเว้น** กรณีตายเพราะอุบัติเหตุ หากจ่ายเงินสมทบ ไม่ครบ 6 ใน 12 เดือน แต่มีการจ่ายเงินสมทบ 1 ใน 6 เดือน ก่อนเดือนที่ตาย

ได้รับความคุ้มครอง	ทางเลือกที่ 1 จ่าย 70 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 2 จ่าย 100 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 3 จ่าย 300 บาท ต่อเดือน
- ผู้จัดการศพได้ค่าเงินค่าทำศพ - จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 60 เดือน ก่อนเดือนที่ตาย ได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย	20,000 บาท 3,000 บาท	20,000 บาท 3,000 บาท	40,000 บาท ไม่คุ้มครอง

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย เงินค่าทำศพ

1) หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการงานศพ (กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการงานศพ)

2) หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการงานศพ

3) ใบมรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

4) บัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย

1) หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ)

2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิเงินสงเคราะห์ฯ

3) สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (กรณีจดทะเบียนสมรส)

4) สูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

หมายเหตุ : เงินสงเคราะห์กรณีตาย จ่ายให้กับบุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ หากไม่มีให้เฉลี่ยจ่ายให้แก่ สามี ภริยา บิดา มารดา หรือบุตรของผู้ประกันตนในจำนวนที่เท่ากัน (ซึ่งสามีหรือภริยา บิดามารดา หรือบุตร ต้องเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย)

4. กรณีชราภาพ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : เมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และสิ้นสุด

ได้รับความคุ้มครอง	ทางเลือกที่ 1 จ่าย 70 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 2 จ่าย 100 บาท ต่อเดือน	ทางเลือกที่ 3 จ่าย 300 บาท ต่อเดือน
- ได้รับเงินบำนาญชราภาพ จากเงินสมทบเดือนละ (ตามระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบ พร้อมดอกเบี้ยทั้งหมด)	ไม่คุ้มครอง	50 บาท	150 บาท
- สามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม (เงินออม) ได้ไม่เกินเดือนละ	ไม่คุ้มครอง	1,000 บาท	1,000 บาท
- จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป ได้รับเงินเพิ่มอีก	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	10,000 บาท

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

(สปส.1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

1) ใบมรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ

3) สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา

(กรณีจดทะเบียนสมรส)

4) สูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

5) หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ)

หมายเหตุ : กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต ให้พิจารณาจ่ายให้แก่สามี ภริยา บิดา มารดา บุตร หรือบุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ โดยแบ่งจำนวนที่เท่ากัน กรณีไม่มีผู้สิทธิดังกล่าว ให้ทายาทดังต่อไปนี้ มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพตามลำดับ หากบุคคลลำดับใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้บุคคลลำดับนั้นได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

(1) พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน (หากไม่มีลำดับนี้ให้พิจารณาลำดับถัดไป)

(2) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา (หากไม่มีลำดับนี้ ให้พิจารณาลำดับถัดไป)

(3) ปู่ ย่า ตา ยาย (หากไม่มีลำดับนี้ ให้พิจารณาลำดับถัดไป)

(4) ลุง ป้า น้า อา

-21-

5. กรณีสงเคราะห์บุตร

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 24 ใน 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน

*ขณะใช้สิทธิรับเงินสงเคราะห์บุตร ต้องจ่ายเงินสมทบทุกเดือน

ได้รับความคุ้มครอง	ทางเลือกที่ 1	ทางเลือกที่ 2	ทางเลือกที่ 3
	จ่าย 70 บาท ต่อเดือน	จ่าย 100 บาท ต่อเดือน	จ่าย 300 บาท ต่อเดือน
จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 24 ใน 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิ - ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรรายเดือน บุตรอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน 2 คน (ขณะรับเงินต้องจ่ายเงินสมทบทุกเดือน)	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	คนละ 200 บาท

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย
กรณีผู้ประกันตนหญิง

1) สูติบัตรต้นฉบับของบุตร (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

2) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีผู้ประกันตนชาย

1) สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือ คำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย

2) สูติบัตรต้นฉบับของบุตร (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

3) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

การขอรับเงินคืน

1. ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเงินคืนกรณีต่างๆ พร้อมหลักฐานประกอบการยื่นฯ ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ

-22-

2. ยื่นคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนและเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต) ภายใน 1 ปีนับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบเข้ากองทุน

● **กรณีขอรับเงินไม่พึงชำระคืน** ให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส.1-40/5) กรณีดังนี้

- 1) ไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประกันตน
- 2) ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือ มาตรา 39
- 3) ผู้ประกันตนแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน (ลาออก)
- 4) เปลี่ยนแปลงรูปแบบทางเลือก
- 5) ผู้ประกันตนเสียชีวิต

● **กรณีขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน** ให้ผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต (สปส.1-40/3)

● **กรณีขอรับเงินสมทบ และเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายล่วงหน้า** กรณียกเลิกบำนาญชราภาพ ให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบ และเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายล่วงหน้า กรณียกเลิกบำนาญชราภาพ (สปส-1-40/6)

เอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นคำขอ มีดังนี้

กรณีผู้ประกันตนมีชีวิต

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่หน่วยงานราชการออกให้
แทนบัตรประจำตัวประชาชน

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- 1) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ หรือบัตรอื่นที่หน่วยงานราชการออกให้แทนบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ
- 3) ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
- 4) ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดามารดา บุตร (ถ้ามี)

-23-

- 5) สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน
- 6) สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดาของผู้ประกันตน
- 7) สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส และบิดามารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
- 8) สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน
- 9) หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
- 10) เอกสารอื่นๆ ตามความจำเป็น

แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง



คำขอลาออก ขอมิบัตรใหม่ หรือขอเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริง เครือข่ายประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ...../.....

วันที่รับ...../...../.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน..... รหัสเครือข่าย.....

สังกัดพื้นที่รับผิดชอบ.....

มีความประสงค์ (โปรดขีดเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ)

☐ ขอลาออกจากการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ขอมิบัตรใหม่ ☐ ขอเปลี่ยนแปลงชื่อเท็จจริง เนื่องจาก

☐ เปลี่ยนชื่อตัว

☐ เปลี่ยนชื่อสกุล

☐ เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

☐ คำนำนาม

☐ บัตรชำรุด

☐ บัตรสูญหายหรือถูกทำลาย

☐ บัตรหมดอายุ

☐ เลขประจำตัวประชาชน

☐ บัญชีธนาคาร.....

☐ ที่อยู่ (โปรดระบุ).....

☐ อื่นๆ

ทั้งนี้ ได้แนบบรูปถ่าย จำนวน ๑ ใบ มาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ให้แนบบัตรประจำตัวประชาชนทุกครั้ง

เอกสารประกอบการยื่น

- กรณีขอมิบัตรใหม่ ให้แนบบรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด ๓ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน (นับถึงวันที่ยื่นคำขอ) จำนวน ๑ ใบ และหลักฐานอื่นๆ เช่น ทะเบียนสมรส ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล
- กรณีบัตรชำรุดหรือบัตรหมดอายุ ให้แนบบัตรที่ชำรุดหรือหมดอายุ
- กรณีเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร ให้แนบสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ของตนเอง



(સપ્ત. 1-40)

แบบคำขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ..... ชื่อ-ชื่อสกุล.....

2. เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

3. ที่อยู่ติดต่อเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ต.บ่อ/แขวง..... จ.หวัด..... รพ.ส.ป.ระชนีย.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address.....

☐ ประสงค์ขอรับข้อมูลจาก สปส. ทาง sms ☐ ไม่ประสงค์ขอรับข้อมูลจาก สปส. ทาง sms

4. อาชีพปัจจุบัน (ระบุ) ☐ เกษตรกรรม ☐ ยานพาหนะรับจ้าง ☐ รับจ้าง/รับเหมา

☐ ค้าขาย(หาบเร่/แผงลอย) ☐ รับงานไปทำที่บ้าน ☐ ช่างฝีมือ

☐ อาชีพอิสระ ☐ ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ.....

5. ประมวลผลการรายได้ประจำเดือน (บาท)

☐ ต่ำกว่า 1,000 บาท ☐ 1,000-6,000 บาท ☐ 3,001-6,000 บาท

☐ สูงกว่า 6,000 บาท ระบุ.....

6. สภาพร่างกาย ☐ ปกติ ☐ พิการ ระบุความพิการ.....

7. ประสงค์สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยขอเลือกจ่ายเงินสมทบ

☐ ทางเลือกที่ 1 จ่ายเงินสมทบ 70 บาท/เดือน

☐ ทางเลือกที่ 2 จ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน

☐ ทางเลือกที่ 3 จ่ายเงินสมทบ 300 บาท/เดือน

8. ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน กองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ รวมทั้งไม่เป็นเจ้าหน้าที่ของวิสาหกิจที่ควบคุมโดยหน่วยงานที่ควบคุมบังคับบัญชาราชการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร หรือกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และขอรับรองว่ามิใช่คุณสมบัติตามกฎหมายประกันสังคม

หมายเหตุ เอกสารหลักฐานในการสมัครใช้บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้แก่บุคคลประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

[illegible]

ส่วนของยี่สิบ



ได้รับแบบคำขอสมัครเป็นคู่ประกันคนตามมา 140 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ของ นาย/นาง/นางสาว แล้ว เมื่อวันที่.....
ทั้งนี้ ความเป็นคู่ประกันคนตามกฎหมาย 40 จะเริ่มตั้งแต่เดือนที่มีการจ่ายเงินสมทบแรก ณ สำนักงานประกันสังคมกรมทะเบียนคนหรือที่/จังหวัด/สาขา.....

ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
โทร.



(สปส.1-40/1)

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงและการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40

☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ..... ชื่อ-ชื่อสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
มีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงดังนี้

ลำดับ ที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารแนบ
1	ค่าน้ำหนักนาม	☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....		☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล ☐ ทะเบียนสมรส ☐ อื่นๆ.....
2	ชื่อ			
3	ชื่อสกุล			
4	เลขประจำตัวประชาชน			
5	สปส.ที่รับผิดชอบ	☐ สำนักงานประกันสังคม	☐ สำนักงานประกันสังคม	
6	เปลี่ยนแปลงทางเลือก	☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3	☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3	
7	อื่นๆ			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ การเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ ไม่มีผลย้อนหลังจากเดือนที่ยื่นเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ โดยผู้ประกันตน
มีสิทธิเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบได้ปีละหนึ่งครั้ง

สำหรับผู้ประกันตนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

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

เขียน (นาย/นาง/นางสาว).....

สำนักงานประกันสังคม..... ได้รับแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง
และการเปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กรณี

- ☐ เปลี่ยนค่าน้ำหนักนาม/ชื่อ/ชื่อสกุลจาก.....เป็น.....
☐ เปลี่ยนแปลงทางเลือกการจ่ายเงินสมทบ จากทางเลือกที่.....เป็นทางเลือกที่.....
☐ อื่นๆ.....ไว้เรียบร้อยแล้ว และจะดำเนินการตามความประสงค์ของท่านต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)



(สปส.1-40/2)

แบบแจ้งความจ้างไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....ชื่อ-ชื่อสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1
☐ ทางเลือกที่ 2
☐ ทางเลือกที่ 3
4. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
5. ขอแจ้งความจ้างไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เนื่องจาก.....
6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่

หมายเหตุ การแจ้งความจ้างไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ให้มีผลนับแต่วันที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40



(สปส.1-40/2)

แบบแจ้งความจ้างไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....ชื่อ-ชื่อสกุล.....
2. เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1
☐ ทางเลือกที่ 2
☐ ทางเลือกที่ 3
4. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
5. ขอแจ้งความจ้างไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เนื่องจาก.....
6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน
(.....)
วันที่

หมายเหตุ การแจ้งความจ้างไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ให้มีผลนับแต่วันที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40



แบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน
(กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)

(สพ.ส.1-40/3)

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ /
วันที่รับ

- ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ ชื่อ - ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ)
เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้มีสิทธิ
- มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่นำส่งไว้ล่วงหน้าคืน ของผู้ประกันตน ชื่อ - ชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน ☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3 เนื่องจากเสียชีวิต
- เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มี ดังนี้

☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสมทบล่วงหน้าคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)	☐ ใบมอบบัตรของผู้ประกันตน
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ	☐ ทะเบียนสมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน	☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ	☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน	☐ หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน	☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง

(ลงชื่อ) ผู้มีสิทธิ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนภายใน 1 ปี นับแต่วันที่รวมผู้มีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่ทำสัญญาซื้อขาย

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....

ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....

ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติคืนเงินสมทบล่วงหน้า จำนวนเงิน บาท (.....)

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

(สปส.1-40/5)

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ
วันที่รับ.....

- ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ ชื่อ- นามสกุล (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.....
 - กรณีผู้ประกันตนมีชีวิต เอกสารที่อื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
☐ หนังสือมอบอำนาจ
กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต เอกสารที่อื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
☐ ทะเบียนสมรส บิดา มารดาของผู้ประกันตน ☐ ทะเบียนหย่าของผู้สมรส บิดา มารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของผู้สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สหัตถ์ของบุตรผู้ประกันตน ☐ หนังสือขอทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน ☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากมีอันถึงอันยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกคืนเงินค่าจ้างจำนวนที่จ่ายจริง
(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)
วันที่.....
- หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้นมอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนจากสำนักงานภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับว่ามีสิทธิขอรับเงินคืน 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.....



แบบคำขอรับเงินสมทบ และเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายล่วงหน้า
กรณียกเลิบบ้านอยู่อาศัย

(สปส.1-40/6)

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

- ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ..... ชื่อ - ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่.....
หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต ให้ระบุข้อ 3)
- มีความประสงค์ขอรับเงินของผู้ประกันตน ชื่อ - ชื่อสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....
- ขอรับเงินสมทบคืนกรณียกเลิบบ้านอยู่อาศัย โดยขอรับเงินผ่าน
☐ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ☐ ธนาคารกรุงไทย ☐ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ☐ ธนาคารออมสิน
(พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารแบบออมทรัพย์ที่มีเลขที่บัญชี ชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ มาด้วยแล้ว)
☐ ไปรษณีย์ ออมณัติส่งจ่าย ไปณ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- ☐ ไม่ประสงค์ขอรับเงินสมทบคืนจากสำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้าขอรับเงินที่ความประสงค์ยกเลิบบ้านอยู่อาศัยจาก... หากปรากฏชื่อผู้ยื่นคำขอ... ข้าฯ รับเงินโดยไม่มีข้อสงสัย หรือมีข้อสงสัยขอแบบฉบับไปแก้ไขข้อสงสัย ข้าฯ ขอแนบขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีข้อสงสัย...
โดยส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ขอแนบใบสำเนาเอกสาร...
แจ้งให้ธนาคารพิจารณา ขอใช้สำเนาเอกสาร โดยแนบใบสำเนาไปโดยไม่มีข้อสงสัย พร้อมแนบไปรษณีย์ตามแบบฉบับไป
แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องส่งไป... พร้อมแนบใบแจ้งข้อเท็จจริง... เพื่อส่งคืนแก่สำนักงาน... ขอสงวนสิทธิ์ในเงินที่จ่าย

ลงชื่อ..... ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....

ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินสมทบ และเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายล่วงหน้ากรณียกเลิบบ้านอยู่อาศัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติคืนเงินสมทบกรณียกเลิบบ้านอยู่อาศัย

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว..... รวมเป็นเงินจำนวน..... บาท
(.....) ประกอบด้วย

เงินสมทบ..... จำนวน..... บาท

ผลประโยชน์ตอบแทน..... จำนวน..... บาท

เงินสมทบล่วงหน้า..... จำนวน..... บาท

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

 สำนักงานประกันสังคม	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนตามมาตรา 40	ข้าพเจ้าขอรับ เลขที่..... วัน..... เดือน.....
โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบกรณียื่นคำขอฯ ด้านหลัง		
1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน มือถือ อื่นๆ		
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน 3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารสิ่งจ่าย ปณ. ☐ อื่นๆ ☐ ธนาคาร		
(กรณียื่นใบเกษียณการรับเงินบำนาญชราภาพในต่างประเทศหรือยื่นใบเกษียณและขอรับเงินบำนาญชราภาพ) ตามคำแนะนำแบบคำขอฯ ข้อ 3		
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะข้อที่ต้องการเท่านั้น) ☐ ประกันอันตรายหรือเจ็บป่วย () เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องหยุดงานตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน () เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์หรือสถานพยาบาลมีความเห็นว่ามีความจำเป็นต้องพักเพื่อรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน () เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไปใช้พักฟื้นหรือรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและมีความจำเป็นต้องพักเพื่อรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป วันที่ ☐ หักทดแทน () เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน ด้วยสาเหตุ/โรค ☐ หาย วัน เดือน ปี ที่ตาย สาเหตุการตาย () เงินค่าทำศพ () เงินสงเคราะห์การมีทายาท ☐ ขรภาพ วัน เดือน ปี เกิด () วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นประกันตน () วัน เดือน ปี ที่ตาย ☐ สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) 2)		
5. หากข้าพเจ้าผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีการมีหนี้ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเดียวกับพระราชกฤษฎีกานี้ ข้าพเจ้าขอรับสิทธิที่มากกว่าที่สุด		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงิน ประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะคืนเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิคืนค่าตัวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้า ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้สำนักงานฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หากเงินไม่บัญชีขอข้าพเจ้า เพื่อส่งคืน แก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน (ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (.....) วันที่ / /		

พยาน/ผู้มีสิทธิ			(ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอ ข้อ 7)
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลายมือชื่อ	
2. ที่อยู่.....			
3. ที่อยู่.....			
4. ที่อยู่.....			
5. ที่อยู่.....			
6. ที่อยู่.....			
7. ที่อยู่.....			
8. ที่อยู่.....			
9. ที่อยู่.....			
10. ที่อยู่.....			

คำแนะนำในการกรอกแบบ:

- กรณีชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มิใช่สิทธิ (กรณีผู้ประกันตนมีความหมาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่ถาวรแตกต่างกันได้
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หากข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หากข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินชดเชยเงินทดรองราชการให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อขึ้นเงิน
 - กรณีรับเงินชดเชยเงินทดรองราชการ ระบุบัญชีเงินฝากที่จะเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
- ไม่กรอกเฉพาะกรณีต้องการชดเชยเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หากข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หากข้อความที่ต้องการเพื่อกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มิใช่สิทธิในวงเล็บกรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
- ไม่กรอกเฉพาะกรณีที่มีพยาน/ผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยไม่เขียนชื่อตามลำดับ (ไม่ให้เกิดการเขียนผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องพยาน/ผู้มีสิทธิ)

- คำเตือน :** 1. ผู้กำกับกองทัพอากาศต้องได้ทราบว่ามีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน โดยยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ตามระเบียบและวิธีการจ่ายตามกฎหมายภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มาขึ้น ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน
2. ไม่อาจมีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนรายข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามกฎหมายอาญามาตรา 157 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
3. กรณีผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง
4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้ใช้เฉพาะกรณีขอรับเงินจากกองทุน และเมื่อเอกสารที่เป็นต้นฉบับมีข้อบกพร่องเจ้าหน้าที่ขอตรวจจอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์ สำนักงานทะเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาล มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษายานาดังแต่ 3 วันขึ้นไป
- ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษายานาดังแต่ 3 วันขึ้นไป

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำนักงานทะเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าชีวิต

- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ)
- ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- ☐ สำเนาโฉนดที่ดิน (หรือโฉนดที่ดินแปลงของเจ้าหน้า)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ
- เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ (กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (กรณีจดทะเบียนสมรส)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแล้วให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของคู่แฝดด้วย

ผู้ประกันตนชาย

- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนกต่าง หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือ คำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแล้วให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของคู่แฝดด้วย

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- ☐ แบบแจ้งความจำนงค์ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (ส.ป. 1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนเดิมมีความตาย

- ☐ สำเนาโฉนดที่ดิน (หรือโฉนดที่ดินแปลงของเจ้าหน้า)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (กรณีจดทะเบียนสมรส)
- ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน)
- ☐ หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ (กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ)

(ตัวอย่าง)
แบบหนังสือระบุให้ผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล
อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน
เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ขอแสดงเจตนาจะขอยกสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า
เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายก่อนได้รับเงินบำเหน็จชราภาพตามมาตรา ๒๐๐ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์
และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทยกของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์
ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพแก่บุคคลเรียงตามลำดับ
ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑. ชื่อ นามสกุล
เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
เลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

๒. ชื่อ นามสกุล
เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
เลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน
และพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

.....

ลงชื่อ พยาน
(.....)

.....

- หมายเหตุ**
- ๑) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานด้วย
 - ๒) ให้ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิเป็นหนังสือฉบับนี้ไว้เอง
 - ๓) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนได้รับเงินบำเหน็จชราภาพให้ผู้มีสิทธิเป็นหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนที่
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่แห่งใดก็ได้ที่จะสะดวกทั่วประเทศ
 - ๔) หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ทำสำเนาหนังสือฉบับนี้ไว้ก่อนด้วย
 - ๕) แบบหนังสือฉบับนี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกเท่านั้น
 - ๖) กรณีต้องการระบุผู้มีสิทธิรับเงินมากกว่า ๒ คน สามารถระบุเพิ่มเติมได้

(ตัวอย่าง)
แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์กรณีตาย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล.....
อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน เป็นผู้ประกันตน
ตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ขอแสดงเจตนาให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายตามมาตรา ๓๔ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ
กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสงเคราะห์ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิประโยชน์ทดแทน
ของบุคคลซึ่งมีตนเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินสงเคราะห์
แก่บุคคลรวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑. ชื่อ..... นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน ให้ได้รับ.....ส่วน
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

๒. ชื่อ..... นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน ให้ได้รับ.....ส่วน
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้
ต่อหน้าพยาน และพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

.....

ลงชื่อ พยาน

.....

หมายเหตุ

- ๑) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานด้วย
- ๒) ให้ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิกับหนังสือฉบับนี้ไว้เอง
- ๓) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตให้ผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน
ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่แห่งใดก็ได้ที่สะดวกทั่วประเทศ
- ๔) หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ทำลายหนังสือฉบับที่ทำไว้ก่อนด้วย
- ๕) แบบหนังสือฉบับนี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกเท่านั้น
- ๖) กรณีต้องการระบุผู้มีสิทธิรับเงินมากกว่า ๒ คน สามารถระบุเพิ่มเติมได้

ภาคผนวก

ทางเลือกที่

1

สามารถสมัคร กอช. ได้

ผปต. รัฐบาล



70 + 30

เงินทดแทนการขาดรายได้จากการเจ็บป่วย

รวมไม่เกิน 30 วันต่อปี

- ใบรับรองแพทย์ระบุบนอน รพ. (300 บาท/วัน)
- ใบรับรองแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัว 3 วันขึ้นไป
- ใบรับรองแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอกให้หยุดพัก
- ไม่เกิน 2 วัน (จ่าย 50 บาท/ครั้ง ; 3 ครั้ง/ปี)

เงื่อนไข
3 ใน 4
เดือน

ทุพพลภาพจ่าย 15 ปี (เริ่มต้นเดือนละ 500-1,000 บาท)

ตายจ่าย 20,000 บาท

(60 เดือนขึ้นไป/รับเพิ่ม 3,000 บาท)

6 ใน 12 เดือน

ยกเว้น อุบัติเหตุ
1 ใน 6 เดือน

ทางเลือกที่ 2

ผปต. รัฐบาล



100 + 50

เงินทดแทนการขาดรายได้จากการเจ็บป่วย

รวมไม่เกิน 30 วันต่อปี

- ใบรับรองแพทย์ระบุ **นอน รพ.** (300 บาท/วัน)
- ใบรับรองแพทย์ให้ **หยุดพักรักษาตัว 3 วันขึ้นไป**
จ่าย (200 บาท/วัน)
- ใบรับรองแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอกให้ **หยุดพัก**
ไม่เกิน 2 วัน (จ่าย 50 บาท/ครั้ง ; 3 ครั้ง/ปี)

เงื่อนไข
3 ใน 4
เดือน

ทุพพลภาพจ่าย 15 ปี (เริ่มต้นเดือนละ 500-1,000 บาท)

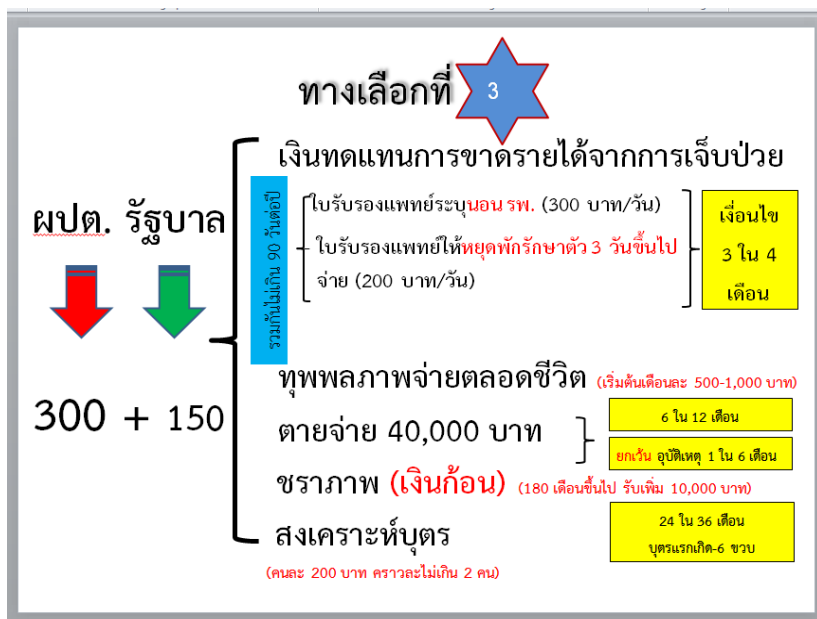
ตายจ่าย 20,000 บาท

(60 เดือนขึ้นไป/รับเพิ่ม 3,000 บาท)

6 ใน 12 เดือน

ชราภาพ (เงินก้อน)

ยกเว้น อุบัติเหตุ
1 ใน 6 เดือน



QR Code สัมครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ภายใต้อุปกรณ์ช่วยเหลือฯ



4 ขั้นตอน สมัครเป็นผู้ประกันตน ม.40 ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

ผู้ที่ต้องการสมัครขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 สามารถสมัครขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นสมัครผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวกรวดเร็ว เพียง 4 ขั้นตอน

01

สแกน QR Code

หรือเข้าไปที่ https://www.sso.go.th/section40_register/



02



กรอกข้อมูล
ระบุตัวตน

03



ระบบแจ้งผล
การสมัคร

04

ชำระเงิน ณ เคาน์เตอร์เซอร์วิส เคาน์เตอร์ธนาคารเพื่อการเกษตร
และสหกรณ์การเกษตร หรือตู้บุญเติม



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
สายด่วนสำนักงานประกันสังคม

1506

