

ประกาศสำนักงานประกันสังคม

เรื่อง หลักเกณฑ์การคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน กรณียกเลิกบำนาญชราภาพ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์การคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน กรณียกเลิกบำนาญชราภาพ เพื่อให้การดำเนินงานการจ่ายเงินสมทบให้แก่ผู้ประกันตน ตามมาตรา ๔๐ เป็นไปด้วยความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ และมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และมาตรา ๑๐ แห่งพระราชกฤษฎีกา กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทยกเลิกบำนาญชราภาพของประกันตน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์การคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน กรณียกเลิกบำนาญชราภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกแบบคำขอรับเงินสมทบคืน (สปส.๑-๔๐/๖) ตามข้อ ๒ และข้อ ๓ แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์การคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน กรณียกเลิกบำนาญชราภาพ ลงวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้ใช้แบบคำขอรับเงินสมทบคืน (สปส. ๑-๔๐/๖) ตามแบบแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐

สุรเดช วลีอิทธิกุล

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



แบบคำขอรับเงินสมทบคืน

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

- ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....ชื่อ-สกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่.....
หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต ให้ระบุข้อ 3)
- มีความประสงค์ขอรับเงินของผู้ประกันตน ชื่อ-สกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- ขอรับเงินสมทบคืนกรณียกเลิกบำนาญชราภาพ โดยขอรับเงินผ่าน
☐ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ☐ ธนาคารกรุงไทย ☐ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ☐ ธนาคารออมสิน
(พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารแบบออมทรัพย์หน้าแรกที่มีเลขที่บัญชี ชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ มาด้วยแล้ว)
☐ ไปรษณีย์ ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ. จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- ☐ ไม่ประสงค์ขอรับเงินสมทบคืนจากสำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่า ข้าฯ รับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดเชยเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ ดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารที่ข้าฯ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าฯ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินสมทบคืนกรณียกเลิกบำนาญชราภาพและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า
☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินสมทบคืนกรณียกเลิกบำนาญชราภาพให้

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

เงินสมทบ จำนวน.....บาท

ผลประโยชน์ทดแทน จำนวน.....บาท

เงินสมทบล่วงหน้า จำนวน.....บาท

☐ ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....