

ประกาศสำนักงานประกันสังคม

เรื่อง การคืนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายล่วงหน้าและผู้ประกันตนเสียชีวิต

พ.ศ. ๒๕๕๘

เพื่อให้การดำเนินงานคืนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายล่วงหน้าคืนให้แก่ผู้มีสิทธิ เนื่องจากผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ เสียชีวิต เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ และมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ประกอบกับมาตรา ๖ แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทนตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๕๔ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การคืนเงินสมทบที่จ่ายล่วงหน้า

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐

“สำนักงาน” หมายถึง สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี

ข้อ ๓ ให้ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินสมทบคืน ตามแบบคำขอรับเงินสมทบคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ เสียชีวิต) (สปส.๑-๔๐/๓) ตามแบบแนบท้ายประกาศนี้ ต่อสำนักงาน ภายใน ๑ ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน ๑๐ ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

ข้อ ๔ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาคำร้องขอรับเงินสมทบคืนตามข้อ ๓ และให้ผู้อำนวยการสำนักงาน

ประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา
เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติสั่งจ่ายเงิน

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

โกวิท สัจจวิเศษ

ผู้ตรวจราชการกระทรวงแรงงาน รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับเงินสมทบคืน (กรณีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เสียชีวิต)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ /

วันที่รับ.....

1. นาย นาง นางสาว อื่น ๆชื่อ - ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้มีสิทธิ
3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่นำส่งไว้ล่วงหน้าคืน ของผู้ประกันตน ชื่อ - ชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน..... ทางเลือกที่ 1 ทางเลือกที่ 2 เนื่องจากผู้ประกันตนเสียชีวิต
4. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มี ดังนี้
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน | <input type="checkbox"/> ใบมรณบัตรและสำเนาใบมรณบัตรของผู้ประกันตน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส บิดา มารดา | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน | <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ได้แก่..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากเป็นเท็จยินยอมให้สำนักงานประกันสังคม เรียกเงินคืนตามจำนวนที่จ่ายจริง

(ลงชื่อ) ผู้มีสิทธิ

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบคืนจากสำนักงาน ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิเรียกคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....

ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....

ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินสมทบคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

 เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินไม่พึงชำระคืน เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....