

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วย การขอรับประโยชน์ทดแทน

พ.ศ. ๒๕๕๑

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม และแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน กองทุนประกันสังคม แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมแบบคำขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคสำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และชัดเจน อันเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกันตนและผู้มีสิทธิในการขอรับประโยชน์ทดแทน และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖๑ ทวิ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม จึงวางระเบียบ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๔๘

(๒) ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๕๐

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“แบบคำขอ” หมายความว่า แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.๒ - ๐๑) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน กองทุนประกันสังคม (สปส.๒ - ๐๑/๗) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม กองทุนประกันสังคม (สปส.๒ - ๑๖) แบบคำขอรับค่าบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม (สปส.๒ - ๑๘) และแบบคำขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรค สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล (สปส.๒ - ๐๙)

ข้อ ๕ ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดที่เห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณี

ชราภาพ หรือกรณีว่างงาน และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์
ทดแทนตามแบบคำขอทำระเบียบนี้ตามแต่กรณี โดยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร
กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพใช้แบบคำขอ สปส.๒ - ๐๑ กรณี
ว่างงานใช้แบบคำขอ สปส.๒ - ๐๑/๗ กรณีทันตกรรมใช้แบบคำขอ สปส.๒ - ๑๖ กรณีขอรับค่าบำนาญ
ทดแทนไตใช้แบบคำขอ สปส.๒ - ๑๘ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ฯ ใช้แบบ
คำขอ สปส.๒ - ๐๙ พร้อมเอกสารประกอบการยื่นคำขอที่ระบุในแบบคำขอต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ณ สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคม
จังหวัดสาขาได้ทั่วประเทศ

ข้อ ๖ ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีประสบ
อันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพ หรือมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการ
คลอดบุตรในเวลาเดียวกัน ให้ผู้ประกันตนแสดงความจำนงตามแบบคำขอเพื่อเลือกใช้สิทธิขอรับเงิน
ทดแทนการขาดรายได้ หรือเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรในประเภทใดประเภทหนึ่งได้
เพียงประเภทเดียว

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑

สุรินทร์ จิรวินิชย์

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

 สำนักงานประกันสังคม	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับ..... วันที่รับ..... ผู้รับ.....
--	---	---

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบที่หน้า 4

1. ชื่อผู้ประกันตน (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 ☐ ธนาคารตั้งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....
 (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น

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

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีทุพพลภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ เงินทดแทนการขาดรายได้/ค่ารักษาพยาบาล (กรอกข้อ 1) ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ (กรอกข้อ 1 และ 2) ☐ 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	☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ) ☐ สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีตาย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ ค่าทำศพ (กรอกข้อ 1 และ 2) ☐ เงินสงเคราะห์ (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันคนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป/กรอกข้อ 1 และ 3)	1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย.....สาเหตุการตาย..... 2. ผู้ยื่นคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น ☐ บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและจัดการศพจริง ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ 3. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์กรณีตายเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น ☐ บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร	<u>กรณีขอรับค่าทำศพ</u> ☐ สำเนารณบัตร ☐ หลักฐานจากฌาปนสถาน หรือมัสยิดที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ <u>กรณีขอรับเงินสงเคราะห์</u> ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีสงเคราะห์บุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ เงินสงเคราะห์บุตร	1. บุตรที่ขอใช้สิทธิ เรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง 1.1 ชื่อ.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร - - - 1.2 ชื่อ.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร - - - 2. ชื่อคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของบุตร 2.1..... เลขประจำตัวประชาชน - - - 2.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - (กรณีคู่สมรสมิได้เป็นบุคคลเดียวกับข้อ 2.1)	<u>กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ</u> ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ <u>กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ</u> ☐ สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ☐ สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีชราภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ เงินบำนาญชราภาพ ☐ เงินบำนาญชราภาพ (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป)	☐ วัน เดือน ปี ที่ออกจากงาน ☐ วัน เดือน ปี ที่ทุพพลภาพ..... ☐ วัน เดือน ปี ที่ตาย.....	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย ☐ สำเนาสมบัตร ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) ☐ 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. ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง 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

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนกรณีว่างงานหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

2. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด

3. กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงาน หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท... พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา

4. กรอกสาเหตุการออกจากงานกรณีถูกเลิกจ้างให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น ลดพนักงาน/เลิกกิจการ/กระทำความผิด

5. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว

6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

อนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินผ่านธนาคารให้ 9 แห่ง คือ 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) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....

เดือน.....

พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่.....

อาคาร/หมู่บ้าน.....

ซอย.....

ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว).....

อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่.....

อาคาร/หมู่บ้าน.....

ซอย.....

ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม จำนวน..... บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์

กรณีทันตกรรม

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ).....

ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....

ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....

พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....

พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ผู้รับมอบอำนาจจะต้องบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
- การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย
- ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....
- รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน มือถือ อีเมลล์
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
- เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ลำดับที่สาขา

--	--	--	--	--	--
3. ขอรับคำบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี ☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
- ☐ การฉีดยาอิริโทรโปอีติน (Erythropoietin)
4. สถานพยาบาลที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่สิทธิ
ข้าพเจ้ายินยอมขอลดหนี้ที่ได้รับไปโดยไม่สิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่
สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ☐ ลำเนาเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - ☐ ผลการตรวจไตตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขฯ แบบทำขยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
 - ☐ หนังสือรับรองจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา
 - ☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ้าไม่เกิน 6 เดือน)
 - ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - ☐ หนังสือรับรองการขอรับยาอิริโทรโปอีติน (Erythropoietin) เฉพาะผู้ที่ขอรับยาอิริโทรโปอีตินเท่านั้น

คำเตือน ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ชื่อผู้ประกันตน (นาย, นาง, นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน [] ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่

อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล์.....

2. ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

3. ผลการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ระบุสภาพร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด เดินไม่ได้ ฯลฯ)

4. ได้ใส่ถ้วยเย็บ/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ ชื่อสถานพยาบาล/ร้าน..... ตั้งอยู่เลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

5. การขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ผ่านมาของผู้ประกันตน

☐ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

☐ กรณียทพพลภาพ

☐ เลขขอรับเมื่อ ว/ค/ป..... ☐ ไม่เคย

6. ขอรับค่า ☐ อวัยวะเทียม ชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ชนิด.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

7. ขอรับเงิน ☐ ธนาชาติ ปณ..... ☐ รับที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคาร

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

8. หลักฐานที่แนบ ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาบัตรรับรองสิทธิฯ และบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมลดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(_____)

ผู้ประกันตน / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ใบรับรองแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล ตั้งอยู่เลขที่

นายแพทย์/แพทย์หญิง เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว)

เข้ารับการตรวจรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ. ด้วยอาการหรือโรค.....

ผลของการรักษา

ปรากฏผลของการรักษาเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

จำเป็นต้องใช้ ☐ อวัยวะเทียมชนิด..... ☐ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคชนิด.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

(_____)

วันที่ _____/_____/_____

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. กรอกวัน / เดือน / ปี ที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
3. กรอกอาการหรือสภาพร่างกายที่ได้รับจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
4. กรอกชื่อที่อยู่ของสถานพยาบาลหรือร้านค้าที่ใส่ยารักษา / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
5. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกข้อความให้ครบถ้วน
6. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกข้อความให้ครบถ้วน
7. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกข้อความให้ครบถ้วน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย และธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
8. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ (เอกสารครบถ้วนเพื่อความรวดเร็วในการรับประโยชน์ทดแทน)
9. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

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

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

3. กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ