



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน - - - - -
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
 2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน - - - - -
 3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงาน/สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....สาขา.....
 4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารตั้งจ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน - - - - -
- (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ)

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
☐ ประสบันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท
 เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามสิทธิฯ
☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท
☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....
☐ กรณีทันตกรรม วันที่รับบริการทันตกรรม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(ใบรับรองแพทย์ด้านหลัง)
☐ คลอดบุตร ☐ ค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ วันที่ใช้สิทธิ.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
☐ ค่าคลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
☐ สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
☐ ทูพพลภาพ ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้
☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท ☐ ค่าพาหนะ
☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท
☐ ดาย ☐ ค่าทำศพ ☐ เงินสงเคราะห์กรณีตาย
☐ ชราภาพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทูพพลภาพในช่วงเวลาเดียวกัน

 ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทูพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้า เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่มีสิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าพ จากประโยชน์ทดแทนครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าพ มีสิทธิได้รับสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าพ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

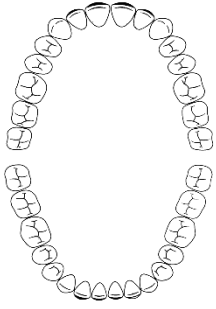
(.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ใบรับรองแพทย์กรณีทันตกรรม

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้

F = ฟันที่อุดครั้งนี้

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....

เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รับการ

โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....

โดย ☐ อุดฟัน.....ซี่ ที่ #

☐ ถอนฟัน / ผ่าตัดฟันคุด.....ซี่ ที่ #

☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

<u>กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย</u>	กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ ● ใบรับรองแพทย์ ● หนังสือรับรองของนายจ้าง ● สติวินลาป่วย (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
<u>กรณีคลอดบุตร</u>	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย) ● สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส
<u>กรณีฝากครรภ์</u>	● ใบเสร็จรับเงิน ● ใบรับรองแพทย์หรือสำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (ระบุวันที่ตรวจครรภ์และอายุครรภ์)
<u>กรณีทุพพลภาพ</u>	● ใบเสร็จรับเงิน ● ใบรับรองแพทย์ ● สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
<u>กรณีตาย</u>	กรณีขอรับค่าทำศพ ● สำเนามรณบัตร ● หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ ● สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ● สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดาผู้ตาย (ถ้ามี) ● สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร ● หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)
<u>กรณีสงเคราะห์บุตร</u>	กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ● สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบธรรมด้วยกฎหมาย ● สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา
<u>กรณีชราภาพ</u>	● สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย ● สำเนามรณบัตร ● สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ ● สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี) ● สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร ● หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี) กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ ● แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ
<u>หมายเหตุ</u>	◆ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ ◆ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน ◆ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย ◆ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้