

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 เลขานุการสำนักงานประกันสังคม 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.2 - 01 กรณี
ว่างงานใช้แบบคำขอ สปส.2 - 01/7 กรณีทันตกรรมใช้แบบคำขอ สปส.2 - 16 กรณีขอรับค่าบำนาญ
ทดแทนไตใช้แบบคำขอ สปส.2 - 18 กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ฯ ใช้แบบ
คำขอ สปส.2 - 09 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



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบที่หน้า 4

- ชื่อผู้ประกันตน (นาย,นาง,นางสาว).....
 เลขประจำตัวประชาชน --- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่.....
 อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
- ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....
 เลขประจำตัวประชาชน --
- สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
 เลขที่บัญชี -- ลำดับที่สาขา
- ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารที่ตั้งง่าย ปณ..... ธนาคาร.....
 (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

5. ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น

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

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

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีชราภาพ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินบำนาญชราภาพ <input type="checkbox"/> เงินบำนาญชราภาพ (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันคนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป)	<input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ออกจากงาน <input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ทุพพลภาพ..... <input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ตาย.....	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรในช่วงเวลาเดียวกัน ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)
 วันที่...../...../.....

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น 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



**แบบคำขอรับค่าบำนาญทดแทนไต
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่
 เลขที่รับ
 วันที่รับ.....
 ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน ---
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย
- ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....
- รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน มือถือ อีเมล
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
 เลขที่บัญชี - ลำดับที่สาขา
3. ขอรับค่าบำนาญทดแทนไตด้วยวิธี ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สร้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
- การฉีดยาอิรีโทรโปอีติน (Erythropoietin)
4. สถานพยาบาลที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)
 วันที่...../...../.....

- เอกสารประกอบการยื่นคำขอ**
- สำเนาเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - ผลการตรวจไตตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขฯ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
 - หนังสือรับรองจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา
 - รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - หนังสือรับรองการขอรับยาอิรีโทรโปอีติน (Erythropoietin) เฉพาะผู้ที่ขอรับยาอิรีโทรโปอีตินเท่านั้น

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



สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรค

สำหรับผู้ประกันตน/สถานพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบและคำเตือนด้านหลัง

- ชื่อผู้ประกันตน (นาย, นาง, นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน - ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่.....
อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ อีเมล.....
 - ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.
 - ผลการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ระบุสภาพร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด เดินไม่ได้ ฯลฯ)
 - ได้ใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ ชื่อสถานพยาบาลร้าน..... ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 - การขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคที่ผ่านมาของผู้ประกันตน
 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ
 เลขขอรับเมื่อ ว/ค/ป..... ไม่เคย
 - ขอรับค่า อวัยวะเทียม ชนิด..... อุปกรณ์ในการบำบัดโรค ชนิด.....
เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)
 - ขอรับเงิน ชนาดี ปณ. รับที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคาร
- (กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)
- หลักฐานที่แนบ ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ สำเนาบัตรรับรองสิทธิฯและบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ
ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ 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. กรอกชื่อที่อยู่ของสถานพยาบาลหรือร้านค้าที่ใส่ไว้จะเทียม / 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 ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขที่การกำหนดภายใน 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