



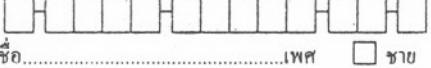
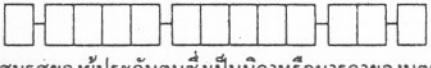
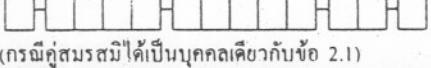
## แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่  
เลขาธิการ  
วันที่รับ.....  
ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน  โทรศัพท์.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
2. ขึ้นคำขอในฐานะ  ผู้ประกันตน  ผู้มีสิทธิ  ระบุชื่อผู้ประกันตน  
เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....  
เลขที่บัญชี  ลำดับที่สาขา
4. ขอรับเงิน  ที่สำนักงานประกันสังคม  ธนาคารดังสήบ ป.ย.....  ธนาคาร.....  
สาขา..... บัญชีเลขที่..... (กรุณาลงเครื่องหมายใน格子 ข้อ 4)

5. ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีเง็บป่วย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล (ให้กรอกข้อ 1-5)	1. กรณี <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ถูกเดิน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... ประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ตัด 2. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... 3. สาเหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามบัตร รับรองสิทธิ..... 4. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล..... 5. จำนวนเงินที่จ่าย <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าอวัยวะเทียน/อุปกรณ์ คือ..... เป็นเงิน..... บาท 6. วัน เดือน ปี ที่เริ่มขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... วันที่กลับเข้าทำงาน..... 	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียน/อุปกรณ์) <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงิน ทดแทนการขาดรายได้) <u>หมายเหตุ</u> ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทน การขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณี ขอรับค่าอวัยวะเทียน/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความ จำเป็นด่องใช้อวัยวะเทียน/อุปกรณ์ และประเภท อวัยวะเทียน/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีคลอดบุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> ค่าคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์การหดหดงาน เพื่อการคลอดบุตร (มีสิทธิ เนื่องได้เพทายผู้ประกันตน หลังเท่านั้น)	1. วัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร..... 2. ชื่อ นามสกุลบัตรของผู้ประกันตน..... เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> 3. วิธีการคลอดบุตร <input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าตัด	<u>กรณีผู้ประกันตนหลังใช้สิทธิ</u> <input type="checkbox"/> สำเนาสูดิบัตรของบุตร (กรณีคลอดบุตรແผล ให้แนบสำเนาสูดิบัตรของบุตรด้วย)  <u>กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ</u> <input type="checkbox"/> สำเนาสูดิบัตรของบุตร (กรณีคลอดบุตรແผล ให้แนบสำเนาสูดิบัตรของบุตรด้วย) <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียน สมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตน กรณีไม่มีทะเบียนสมรส

เรื่องที่ข้อเบิก	กรณีพิจารณา	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินทดแทนการขาดรายได้ ค่ารักษาพยาบาล (กรอกข้อ 1)	1. วัน เดือน ปี ที่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล..... ด้วยโรค..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาชื่อ..... ค่ารักษาเป็นเงิน..... บาท	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/ อุปกรณ์) <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) <u>หมายเหตุ</u> ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะ <sup>เทียม/อุปกรณ์</sup> ให้แพทย์ระบุความจำเป็นดังใจ อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/ อุปกรณ์ ที่ใช้ด้วย
<input type="checkbox"/> ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ (กรอกข้อ 1 และ 2)	2. ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ คือ..... เป็นเงิน..... บาท	
<input type="checkbox"/> ค่าพื้นฟูสมรรถภาพ (กรอกข้อ 1 และ 3)	3. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการพื้นฟูสมรรถภาพ..... ค่าพื้นฟูสมรรถภาพเป็นเงิน..... บาท	
เรื่องที่ข้อเบิก	กรณีเดียว	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> ค่าทำศพ (กรอกข้อ 1 และ 2)	1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยกับคนตาย..... สาเหตุการตาย..... 2. ผู้ชี้แจงคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนตายเป็น <sup>โดยเป็น</sup> <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ป่วยกับคนตายหันหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและ จัดการศพจริง <sup>โดยเป็น</sup> <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ <sup>โดยเป็น</sup> 3. ผู้ชี้แจงคำขอรับเงินสงเคราะห์กรณีเดียวเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนตาย <sup>โดยเป็น</sup> <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ป่วยกับคนตายหันหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ <sup>โดยเป็น</sup> <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร	กรณีขอรับค่าทำศพ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตร <input type="checkbox"/> หลักฐานจากมาปนสถาน หรือมติข้อที่ แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ <u>กรณีขอรับเงินสงเคราะห์</u> <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนา <sup>ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์</sup> <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ป่วยกับคนตาย และ <sup>ของบิดามารดา (ถ้ามี)</sup> <input type="checkbox"/> สำเนาสูดิบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้าน <sup>ของบุตรกรณีไม่มีสูดิบัตร</sup>
เรื่องที่ข้อเบิก	กรณีสงเคราะห์บุตร	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์บุตร	1. บุตรที่ข้อใช้สิทธิ เรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง <sup>โดยเป็น</sup> 1.1 ชื่อ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร <sup>โดยเป็น</sup>  1.2 ชื่อ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชนบุตร <sup>โดยเป็น</sup>  2. ชื่อคู่สมรสของผู้ป่วยกับคนตายซึ่งเป็นบิดาหรือแม่ของบุตร <sup>โดยเป็น</sup> 2.1 ..... เลขประจำตัวประชาชน <sup>โดยเป็น</sup>  2.2 ..... เลขประจำตัวประชาชน <sup>โดยเป็น</sup>  (กรณีคู่สมรสไม่ได้เป็นบุคคลเดียวกับข้อ 2.1)	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหน้าของบุตร <sup>โดยเป็น</sup> หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาค่าพิพากย์ หรือค่าสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> สำเนาสูดิบัตรของบุตร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ชี้แจงคำขอ

เรื่องที่ขอกำกับ	กรณีของร่างกาย	เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
<input type="checkbox"/> เงินบำนาญชราภาพ	<input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ออกจากร่างกาย.....	กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย <input type="checkbox"/> ดำเนินการพยัคฆ์
<input type="checkbox"/> เงินบำนาญชราภาพ (มีสิทธิ์เบิกได้เฉพาะผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป)	<input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ทุพพลภาพ..... <input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี ที่ตาย.....	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ์รับบำนาญชราภาพ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> สำเนาสูดิบดของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูดิบด

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และเงินสงเคราะห์การอพยุงงานเพื่อการคลอดบุตรในช่วงเวลาเดียวกันข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี  เจ็บป่วย  คลอดบุตร  ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ์ข้าพเจ้าขึ้นบัญชีใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ์ต้องคืนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

คำแนะนำในการขอรับเงิน (ศูนย์หนังสือ)

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิ์ได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนให้ขึ้นกำหนดประจำปี นับแต่วันที่มีสิทธิ์ขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นด้วยเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิ์ไม่มารับภัยใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ประมาณกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่าตนได้ไปรับทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ์ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานหล้อโกรง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีมีสิทธิ์มารับเงินด้วยตนเอง ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มีสิทธิ์ และผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นด้านฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

## สำหรับเจ้าหน้าที่

### คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง  หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่นบริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีรายจ้างและลำดับที่สาขา
4. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
  - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
  - กรณีรับเงินทางธนาคาร กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากให้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถรับได้เฉพาะธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) สำหรับกรณีลงทะเบียนหันตราสามารถรับได้ที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) (บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น)
5. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ต้องการ
6. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
7. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ