



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....
เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....
อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมลล์.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....
เลขประจำตัวประชาชน ----
3. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารสงฆ์จ่าย ปณ. ☐ ธนาคาร.....
(กรณียื่นเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

กรณีทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) 1. เข้ารับบริการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในด้วยสาเหตุ/โรค..... 2. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....เวลา..... ถึงวันที่..... เวลา.....	กรณีทุพพลภาพ ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาเวชระเบียน วัน เดือน ปี ที่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล..... ด้วยโรค.....
กรณีตาย ☐ สำเนามรณบัตร ☐ หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกันตนและผู้จัดการศพ ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกันตนและผู้จัดการศพ 1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย..... 2. ผู้ยื่นคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น ☐ บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและได้เป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน ☐ บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน	กรณีบำเหน็จชราภาพ ☐ วัน เดือน ปี ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์..... ☐ วัน เดือน ปี ที่ประสงค์ไม่เป็นผู้ประกันตน..... ☐ วัน เดือน ปี ที่ตาย..... <u>กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และประสงค์ไม่เป็นผู้ประกันตน</u> ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <u>กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย</u> ☐ สำเนามรณบัตร ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดา มารดา (ถ้ามี) ☐ สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ
ข้าพเจ้ายินยอมขอคืนเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน
นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่พิมพ์คำสั่งและใบส่งจ่าย

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือนุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือนุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ได้นำไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือนุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือนุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้มีสิทธิมีรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ