

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการอำนวยความสะดวกด้านเอกสารราชการแก่ผู้มายื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ซึ่งเป็นเอกสารเพื่อใช้ประกอบการยื่นคำขอดังกล่าว อันเป็นการปฏิบัติตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง ยกเลิกการเรียกสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาใบทะเบียนพาณิชย์ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๑ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อ ๔ ให้ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ ยื่นขอรับประโยชน์ทดแทน ตามแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ (สปส. ๒-๐๑/ม.๔๐) ทำระเบียบนี้ ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี ภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่มิสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ภูมา ธรรมกุล

รองเลขาธิการ รักษาราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40**

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

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบ/เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (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. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ราชอาณาจักรไทย ราชอาณาจักร ธนาคาร
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ) ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 3

4. ขอรับประโยชน์ทดแทน (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)

ประสบอันตรายเป็นหรือเจ็บป่วย

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป

วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาล มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

() เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีไม่ได้พักรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล

วันที่

ด้วยสาเหตุ/โรค

หุพพลภาพ () เงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน

ด้วยสาเหตุ/โรค

ตาย วัน เดือน ปี ที่ตาย สาเหตุการตาย.....

() เงินค่าทำศพ () เงินสงเคราะห์กรณีตาย

ชราภาพ วัน เดือน ปี เกิด

() วัน เดือน ปี ที่ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน () วัน เดือน ปี ที่ตาย

สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ในครั้งนี้ 1) เกิดวันที่.....
2) เกิดวันที่.....

5. หากข้าพเจ้ามิได้สิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งตามที่ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และในพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2561 ในกรณีเดียวกัน ข้าพเจ้าขอรับประโยชน์ทดแทนที่มากกว่าเพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินไปโดยไม่มีสิทธิหรือรับเงินไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับไปดังกล่าว นับแต่วันที่ทราบถึงการรับเงินไปเกินสิทธิ แล้วแต่กรณี

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่/...../.....

ผู้ยื่นคำขอ		
(ตามคำแนะนำท้ายแบบคำขอฯ ข้อ 7)		
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ลงชื่อ
2. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
3. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
4. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
5. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
6. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
7. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
8. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
9. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)
10. ที่อยู่.....	<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"/> <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"/> ขอรับเงินที่ () สำนักงานประกันสังคม () อนุมัติสิ่งจ่าย ปณ. () ธนาคาร (.....)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

- กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาณัติ ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัท
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น
- ให้กรอกเฉพาะกรณีต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
- ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
- ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
- ให้กรอกเฉพาะกรณีที่มีผู้ยื่นคำขอในฐานะผู้มีสิทธิ มากกว่า 1 คน โดยใส่ชื่อเรียงตามลำดับ (ไม่ให้กรอกชื่อผู้ยื่นคำขอซ้ำในช่องผู้ยื่นคำขอ)

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 2 ปี นับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานฯ ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- ใบรับรองแพทย์ หรือ สำเนาเวชระเบียน หรือ เอกสารอื่นๆ ที่แสดงว่าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป
- ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ของสถานพยาบาลฯ มีความเห็นให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
- ใบรับรองแพทย์ กรณีไม่ได้พักรักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีความเห็นของแพทย์ให้หยุดพักเพื่อการรักษาพยาบาล

กรณีทุพพลภาพ ประกอบด้วย

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาเวชระเบียน

กรณีตาย ประกอบด้วย

เงินค่าทำศพ

- หนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ (กรณีมีหนังสือระบุเป็นผู้จัดการศพ)
- หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
- สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- บัตรประจำตัวประชาชนผู้จัดการศพ

เงินสงเคราะห์กรณีตาย ประกอบด้วย

- หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ (กรณีมีหนังสือระบุสิทธิ)
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

กรณีสงเคราะห์บุตร ประกอบด้วย

ผู้ประกันตนหญิง

- สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

ผู้ประกันตนชาย

- สำเนาทะเบียนสมรส หรือ สำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือ สำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษา หรือ คำสั่งของศาล หรือ คำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
- สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีชราภาพ ประกอบด้วย

กรณีผู้ประกันตนอายุ 60 ปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน

- แบบแจ้งความจำนงไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (สปส. 1-40/2)

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย

- สำเนามรณบัตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือทะเบียนบ้านของบุตร (พร้อมต้นฉบับแสดงต่อเจ้าหน้าที่)
- หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (กรณีผู้ประกันตนมีหนังสือระบุสิทธิ)