



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 ปี ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ..... ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเงิน.....บาท	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์) <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี) หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ 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. ผู้ยื่นคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตน โดยเป็น <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. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์กรณีตายเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตน โดยเป็น <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร	กรณีขอรับค่าทำศพ <input type="checkbox"/> สำเนารมณบัตร <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (กรณีคู่สมรสมีได้เป็นบุคคลเดียวกับข้อ 2.1)	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของบุตร <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"/> ตำนานมรณบัตร <input type="checkbox"/> ตำนานบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับบำนาญชราภาพ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน และของบิดามารดา (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรในช่วงเวลาเดียวกันข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี  เจ็บป่วย  คลอดบุตร  ทุพพลภาพ  เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าได้รับเงินโดยไม่มีสิทธิข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

**คำแนะนำในการกรอกแบบ (ผู้ยื่นคำขอ)**

- คำเตือน :
- ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน
  - ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
  - กรณีผู้มีสิทธิรับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง
  - เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง  หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่นบริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ  
  - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
  - กรณีรับเงินทางธนาคาร กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากให้ให้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถรับได้เฉพาะธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) สำหรับกรณีสงเคราะห์บุตรสามารถรับได้ที่ธนาคารกรุงไทย 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