



สำนักงานประกันสังคม

คำขอรับเงินคืน
(สำหรับผู้ประกันตนโดยสมัครใจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ / -

วันที่รับ

1. ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว ชื่อสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

(กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขบัตรประกันสังคม)

2. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้คือ

ประจำเดือน/พ.ศ.	เงินสมทบ	เงินเพิ่ม	รวม
.....
.....
.....
.....
.....
รวม	=====	=====	=====

4. จ่ายเงินเนื่องจาก

5. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

- ใบเสร็จรับเงิน จำนวน ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน ข้าราชการ เจ้าหน้าที่รัฐ
- สำเนาบัตรประกันสังคม (กรณีคนต่างด้าว)
- อื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ประกันตน

(.....)

ยื่นวันที่

หมายเหตุ 1. กรณีคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมแทนเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
2. ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้ นาย นาง นางสาว

เป็นจำนวนเงินบาท (.....)

.....
.....
.....

ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก

.....
.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่