



สำนักงานประกันสังคม

คำขอรับเงินคืน
(สำหรับผู้ประกันตนที่ทำงานกับนายจ้างหลายราย)

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. รายชื่อสถานประกอบการที่ทำงาน

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา

.....	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

4. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบที่ถูกหักไว้เกิน เป็นของเดือน.....

จำนวน บาท (.....)

5. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

หลักฐานแสดงการหักเงินสมทบของนายจ้างแต่ละราย จำนวน ฉบับ

สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

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