



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนโดยความสมัครใจตามมาตรา 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..... อีเมล.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....
เลขประจำตัวประชาชน ---
3. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารตั้งจ่าย ปณ..... ธนาคาร.....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)

กรณีคลอดบุตร	กรณีทุพพลภาพ	กรณีตาย
<p>กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)</p> <p>กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส (ที่จะทะเบียนก่อนคลอดบุตร)</p> <p>1. วัน เดือน ปี ที่คลอดบุตร.....</p> <p>2. ชื่อ สามีหรือภรรยาของผู้ประกันตน.....</p> <p>.....</p> <p>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"/></p> <p>3. วิธีการคลอดบุตร <input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าตัด</p>	<p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)</p> <p>หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้ อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย</p> <p>1. วัน เดือน ปี ที่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล..... ด้วยโรค..... ค่ารักษาเป็นเงิน..... บาท</p> <p>2. ขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ คือ..... เป็นเงิน..... บาท</p>	<p><input type="checkbox"/> สำเนามรณบัตร</p> <p><input type="checkbox"/> หลักฐานจากฉาปนสถาน หรือมัสยิดที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกันตนและผู้จัดการศพ</p> <p>1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย..... สาเหตุการตาย.....</p> <p>2. ผู้ยื่นคำขอซึ่งมีหลักฐานการจัดการศพเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพและจัดการศพจริง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร ที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ</p> <p><input type="checkbox"/> บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลาม แห่งประเทศไทย และธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
4. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ต้องการ
5. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
6. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

2. ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบและผู้รับมอบไปแสดง

4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนา ให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ