



สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1-23/1

คำขอรับเงินคืน
(นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ / -

วันที่รับ

1. ชื่อสถานประกอบการ บริษัท ห้างหุ้นส่วน เจ้าของคนเดียว
- เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
2. ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
- แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. มีความประสงค์ขอรับเงินสมทบดังต่อไปนี้

ประจำเดือน/พ.ศ.	ส่วนของนายจ้าง	ส่วนของผู้ประกันตน	รวม
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
รวม	=====	=====	=====

4. ขอรับเงินคืน ทุกสาขา เฉพาะสาขาลำดับที่
- (ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

5. จ่ายเงินเกินเนื่องจาก

6. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล หรือสำเนาทะเบียนพาณิชย์
- บัญชีรายชื่อผู้ประกันตนพร้อมจำนวนเงินที่ขอคืนแต่ละคน
- ใบมอบอำนาจกระทำการแทน
- สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน ข้าราชการ อื่น ๆ (ระบุ)
- อื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ยื่นวันที่

หมายเหตุ ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตน มิได้เรียกเอาเงินสมทบที่นำส่งเกินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงิน หรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน

ได้ตรวจสอบคำขอรับเงินคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า

เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินคืนให้

เลขที่บัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นจำนวนเงินบาท

(.....)

.....

.....

.....

ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก

.....

.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่