



สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน

สปส. 6-10

ชื่อผู้ประกันตน นาย นางสาว นาง..... ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง โดยทำเครื่องหมาย ในช่องข้อมูลเดิมและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำกำหนดนาม	<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง		<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2.	ชื่อ			<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน
3.	ชื่อสกุล			<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว
4.	เลขประจำตัวประชาชน/ หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	หรือชื่อสกุล
5.	-สถานภาพครอบครัว	<input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่		<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนหย่า <input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง
	-บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี มากกว่า 2 คน ให้กรอกปี พ.ศ. เกิด เพียง 2 คน ตามลำดับการเกิดก่อนหลังที่มีชีวิตอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิด ปี พ.ศ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ลำดับที่ 2 เกิด ปี พ.ศ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> อื่นๆ
	-ให้กรอกบุตรลำดับถัดไป	<input type="checkbox"/> เพิ่มจำนวนบุตร	ลำดับที่ <input type="checkbox"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ลำดับที่ <input type="checkbox"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- คำแนะนำ**
- ผู้ลงชื่อในแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน เป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ หรือผู้ลงชื่อในแบบเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 โดยให้แจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคม
 - แจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

(คำแนะนำในการกรอกแบบดูด้านหลัง)

