



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับแจ้ง
วันที่รับ

1. ข้าพเจ้า เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
ระบุชื่อผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
4. วัน เดือน ปี ที่ใช้สิทธิ
5. ขอรับ ค่ารักษาพยาบาล (ให้กรอกข้อ 5.1 - 5.5) ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ (ให้กรอกข้อ 5.4-5.5) เงินทดแทนการขาดรายได้ (ให้กรอกข้อ 5.6)
 5.1 กรณี อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน อื่น ๆ ระบุ ประเภท ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผ่าตัด
 5.2 วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
 5.3 สาเหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ
 5.4 ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
 5.5 จำนวนเงินที่จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ คือ เป็นเงิน บาท
 5.6 วัน เดือน ปี ที่เริ่มขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ วันที่กลับเข้าทำงาน
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ชานาณัติสั่งจ่าย ปณ.
สาขา บัญชีเลขที่ ธนาคาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

 (_____)
 วันที่ _____ / _____ / _____

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาลและกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์ฯ)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ให้แพทย์ระบุประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย)
- หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือนุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขานุการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือนุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
3. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หรือทำงานครั้งสุดท้าย (กรณีออกจากงานแล้ว) หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท.....พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. ไม่ต้องกรอกวัน เดือน ปี ที่ใช้สิทธิ ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลกรณีขอรับประโยชน์ทดแทนทางโทรศัพท์
5. ใส่เครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ต้องการ
 - 5.1 ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ว่าเป็นการรักษาพยาบาลกรณีใด และเป็นผู้ป่วยประเภทใด
 - 5.2 กรอก วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งที่ขอรับค่ารักษาพยาบาล
 - 5.3 ระบุสาเหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ
 - 5.4 กรอกชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
 - 5.5 ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการและกรอกจำนวนเงิน (กรณีขอรับประโยชน์ทดแทนค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ให้ระบุประเภทของอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย)
 - 5.6 กรอกวัน เดือน ปี ที่ขาดรายได้ว่าเริ่มตั้งแต่เมื่อใดถึงเมื่อใด และวัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน
6. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร บัญชีเงินฝากจะต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน / ผู้มีสิทธิ เท่านั้น
7. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ