



สำนักงานประกันสังคม

**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง

วันที่รับ

ชื่อผู้รับ

1. ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
2. ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) ระบุชื่อผู้ประกันตน.....
3. เลขประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคมของผู้ประกันตน
4. สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
- เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
5. ขอรับ ค่ารักษาพยาบาล (ให้กรอกข้อ 5.1-5.5) ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ (ให้กรอกข้อ 5.4-5.5) เงินทดแทนการขาดรายได้ (ให้กรอกข้อ 5.6)
- 5.1 กรณี อุบัติเหตุ อุกฉิม อื่น ๆ ระบุ..... ประเภท ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผ่าตัด
- 5.2 วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษายาบาล ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....
- 5.3 สาเหตุที่ไม่เข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ
- 5.4 ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษายาบาล.....
- 5.5 จำนวนเงินที่จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ คือ..... เป็นเงิน..... บาท
- 5.6 วัน เดือน ปี ที่เริ่มขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... วันที่กลับเข้าทำงาน.....
6. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาคารที่ตั้งจ่าย ปณ..... ธนาคาร.....
- สาขา..... บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

คำแนะนำในการกรอกแบบ (ดูด้านหลัง)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่..... /..... /.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- ใบเสร็จรับเงิน (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาลและกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์ฯ)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ให้แพทย์ระบุประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรประกันสังคม
- สำเนาบัตรรับรองสิทธิ (กรณีขอรับค่ารักษาพยาบาลและกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์ฯ)
- หนังสือรับรองของนายจ้าง (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือนุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือนุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน