



สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน

กรณีชราภาพ

กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับแจ้ง

วันที่รับ

ชื่อผู้รับ

- ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
- ยื่นคำขอในฐานะ ผู้ประกันตน
 ทายาทผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) ระบุชื่อผู้ประกันตน.....
- เลขประจำตัวประชาชน - เลขที่บัตรประกันสังคมของผู้ประกันตน -
- สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี - ลำดับที่สาขา
- ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ..... ธนาคาร.....
สาขา..... บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ
ข้าพเจ้ายินยอมขอคืนเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่
สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

คำแนะนำในการกรอกแบบ (ดูด้านหลัง)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาบัตรประกันสังคม
- สำเนาทะเบียนบ้านของทายาทผู้มีสิทธิ (กรณีผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพถึงแก่ความตาย)
- มรณบัตรพร้อมสำเนา (กรณีผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพถึงแก่ความตาย)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่น
คำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทน
ที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน