



สำนักงานประกันสังคม

**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีสงเคราะห์บุตร
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. เลขที่บัตรประกันสังคมของผู้ประกันตน เลขประจำตัวประชาชน
4. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
5. บุตรที่จะใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร เรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง
5.1 เด็กชาย เด็กหญิง..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
เลขประจำตัวประชาชนของบุตร
- 5.2 เด็กชาย เด็กหญิง..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
เลขประจำตัวประชาชนของบุตร
6. ชื่อคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของบุตร.....
เลขที่บัตรประกันสังคม เลขประจำตัวประชาชน
7. ขอรับเงินผ่านธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

คำแนะนำในการกรอกแบบ (ดูด้านหลัง)

ลงชื่อ..... คู่สมรสผู้ให้ความยินยอม
(.....)
วันที่..... /..... /.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตน/คู่สมรส
- สำเนาบัตรประกันสังคม
- สำเนาทะเบียนสมรส/ทะเบียนหย่าของผู้ประกันตน (กรณีจดทะเบียนหย่า)
- สูติบัตรของบุตรพร้อมสำเนา
- หนังสือรับรองของนายจ้าง สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชี

คำเตือน : ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดและประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทน ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายใน 1 ปี นับแต่วันที่มามีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายใน 2 ปี นับแต่วันที่รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน