

## ประกาศสำนักงานประกันสังคม

เรื่อง กำหนดแบบรายการ และวิธีการยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง  
แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนและแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง  
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงวิธีการขึ้นทะเบียนนายจ้างให้สอดคล้องกับการพัฒนาการ  
ยกระดับการให้บริการของส่วนราชการแบบบูรณาการ ในการรวมขั้นตอนการจดทะเบียนจัดตั้งธุรกิจ  
ของกรมพัฒนาธุรกิจการค้าการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่มของกรมสรรพากร และการขึ้นทะเบียน  
นายจ้างของสำนักงานประกันสังคม โดยการยื่นคำขอจดทะเบียนแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (Single Point)  
เพื่อส่งเสริมสนับสนุนและรองรับความสะดวกในการประกอบธุรกิจของนายจ้าง ซึ่งจะส่งผลต่ออันดับที่ดีขึ้น  
ของประเทศไทยในการประเมินผลการจัดอันดับความยาก - ง่ายในการประกอบธุรกิจของธนาคารโลก  
(Ease of Doing Business) ด้านการเริ่มต้นธุรกิจ (Starting a Business)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓  
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ และมาตรา ๔๔ วรรคหนึ่ง  
แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม  
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดแบบรายการและวิธีการยื่นแบบ  
ขึ้นทะเบียนนายจ้าง แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน และแบบแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง พ.ศ. ๒๕๖๐  
ลงวันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์” หมายความว่า ข้อความที่ได้สร้าง ส่ง รับ เก็บรักษา หรือ  
ประมวลผล ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงาน  
ประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้นายจ้างซึ่งมีลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้าง  
ตามแบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง (สปส.1-01) และแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ตามหนังสือนำส่งแบบ  
ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-02) และแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ท้ายประกาศนี้  
ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่เป็นที่ตั้งกิจการของนายจ้างภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๓๔  
แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ข้อ ๕ การขึ้นทะเบียนนายจ้าง การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงของผู้ประกันตน และแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน นายจ้างสามารถดำเนินการด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

(๑) การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ การแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงของผู้ประกันตน และการแจ้งสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน นายจ้างสามารถดำเนินการได้ทางเว็บไซต์ <https://www.sso.go.th>

(๒) การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ การแจ้งสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน นายจ้างสามารถดำเนินการได้ในรูปแบบสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตามหนังสือคำสั่งแบบรายการด้วยสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (สปส.1-04) ท้ายประกาศนี้ ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่เป็นที่ตั้งกิจการของนายจ้าง หรือดำเนินการส่งข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านทางเว็บไซต์ <https://www.sso.go.th>

(๓) นายจ้างที่มีเลขทะเบียนนิติบุคคล สามารถขึ้นทะเบียนนายจ้าง และขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ ผ่านระบบ Biz Portal ทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต <https://biz.govchannel.go.th> ทั้งนี้ นายจ้างจะต้องลงทะเบียนผู้ใช้งานเพื่อใช้บริการผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตดังกล่าวก่อนดำเนินการ

(๔) กรณีนายจ้างยื่นคำขอจดทะเบียนนิติบุคคลกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า และได้เลขทะเบียนนิติบุคคลแล้ว ให้นายจ้างดำเนินการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามข้อ ๕ โดยให้การดำเนินการดังกล่าวมีผลเป็นการยื่นแบบรายการตามมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้นายจ้างดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๓๔ หรือมาตรา ๔๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๖ ก่อนดำเนินการตามข้อ ๕ (๑) และข้อ ๕ (๒) นายจ้างจะต้องยื่นคำขอทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด

ข้อ ๗ กรณีข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อความในแบบรายการตามข้อ ๕ เปลี่ยนแปลงไป ให้นายจ้างแจ้งเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการข้อเท็จจริงของนายจ้าง ตามแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง (สปส.6-15) หรือแจ้งเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการข้อเท็จจริงของผู้ประกันตน ตามแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) หรือแบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) ท้ายประกาศนี้ ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่เป็นที่ตั้งกิจการของนายจ้างภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๔๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

ภูมา ธรรมกุล

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

# แบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง

สปส.1-01

สำหรับเจ้าหน้าที่		เลขที่บัญชี	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
กองทุนประกันสังคม		กองทุนเงินทดแทน							
อัตราเงินสมทบ .....		ประเภทกิจการ.....							
		รหัสประเภทกิจการ .....							
		อัตราเงินสมทบ .....							
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่รับแบบ...../...../.....									

- ชื่อสถานประกอบการ.....  
 ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

- รายชื่อเจ้าของกิจการ หุ้นส่วน หรือกรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
- | ชื่อ - ชื่อสกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ที่อยู่อาศัย | หมายเลขโทรศัพท์ |
|-----------------|--------------------|--------------|-----------------|
| .....           | .....              | .....        | .....           |
| .....           | .....              | .....        | .....           |
| .....           | .....              | .....        | .....           |

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอก ข้อความต่อไปจนครบทุกคน)

- ปัจจุบันมีลูกจ้างรวมทั้งสิ้น.....คน ตามรายละเอียดดังนี้
  - สำนักงานใหญ่ (ตามข้อ 1) จำนวน.....คน
  - ชื่อและที่ตั้งสาขาหรือสถานที่ทำงาน (ถ้ามี) จำนวนทั้งสิ้น.....สาขา/แห่ง ดังนี้
    - ชื่อสาขาหรือสถานที่ทำงาน.....จำนวน.....คน  
 นำส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา.....  
 ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
    - ชื่อสาขาหรือสถานที่ทำงาน.....จำนวน.....คน  
 นำส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา.....  
 ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอก ข้อความต่อไปจนครบทุกสาขา)

- มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- มีผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงในกิจการของสถานประกอบการ (ตามข้อ 3) มี ☐ ไม่มี ☐  
 (ในกรณีมีผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ให้ระบุชื่อ ที่อยู่ผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ประเภทของงานที่รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง และจำนวนลูกจ้างของผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรงแต่ละราย)

- .....
- .....
- .....

## 6. ประเภทของการประกอบกิจการ

- (1) ผลิตหรือประกอบ (ให้ระบุรายละเอียดโดยย่อเกี่ยวกับวัตถุดิบ กระบวนการผลิตและผลผลิตสุดท้าย)
- (2) ให้บริการ (ให้ระบุประเภทของการบริการ)
- (3) ซื้อขายสินค้า (ให้ระบุประเภทการขายส่ง/ปลีก และสินค้าที่ซื้อขาย)
- (4) อื่นๆ (ให้ระบุ).....

รายละเอียดประเภทกิจการ

(ถ้ากระดาดไม่พอให้ใช้กระดาดอื่นกรอกข้อความต่อไปจนครบทุกกิจการ)

## 7. ค่าจ้างโดยประมาณเดือนละ.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ พร้อมได้แนบเอกสารต่างๆ ตามที่ได้ระบุไว้ในรายละเอียดด้านล่างมาด้วย จำนวน.....ฉบับ



ลงชื่อ ..... (นายจ้าง)  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
ยี่วันที่.....

## เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบสำหรับการยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง

## กรณีจดทะเบียนนิติบุคคล

1. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ
2. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง
  - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
  - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าวใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA

หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

3. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

## กรณีเจ้าของคนเดียว/กิจการร่วมค้า

1. แผนที่ตั้งและภาพถ่ายของสถานประกอบการ
2. หลักฐานแสดงตัวของนายจ้าง
  - 2.1 กรณีเจ้าของคนเดียว ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
  - 2.2 กรณีกิจการร่วมค้า
    - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่มีสัญชาติไทย ใช้บัตรประจำตัวประชาชน
    - กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม/หุ้นส่วนผู้จัดการที่เป็นคนต่างด้าวใช้ PASSPORT หรือ WORK PERMIT หรือ VISA

หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือใบสำคัญถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

3. หนังสือสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

4. หนังสือมอบอำนาจ (เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นกระทำการแทน พร้อมติดอากรแสตมป์ตามที่ประมวลรัษฎากรกำหนด) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น กรณีห้างหุ้นส่วนสามัญ/นิติบุคคลอาคารชุด/หมู่บ้าน/มูลนิธิ/สมาคม/สหกรณ์

## เอกสารที่ต้องใช้ในการตรวจสอบเพิ่มเติม ดังนี้

ข้อบังคับ และรายงานการประชุมแต่งตั้งผู้จัดการ หรือหนังสือจัดตั้งฯ หรือหนังสือรับรองการประชุม

หมายเหตุ :เอกสารแต่ละประเภทขึ้นอยู่กับประเภทธุรกิจและลักษณะของนายจ้าง

:กรณีนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาช่วงหรือรับเหมาค่าแรง ให้แนบสัญญาว่าจ้าง





### ① ข้อมูลนายจ้าง

② ข้อมูลผู้ประกันตน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... นายจำ้ง  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ .....

③ ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลที่**กำหนดสิทธิ** ข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน  
(.....)  
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ เห็นสมควรกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

☐ ไม่สมควรกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ระบุเหตุผล..... ลงชื่อ..... ผู้รับแบบ/เจ้าหน้าที่  
(.....)  
วันที่.....

- คำเตือน**
1. นายจ้างผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตน กรณีนิติบุคคลต้องเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
  2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง เช่น ลูกจ้างลาออกหรือถูกเลิกจ้าง ให้แจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบ สปส.6-09 หากฝ่าฝืน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
  3. การยื่นแบบเป็นเท็จ เช่น นำบุคคลที่ไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

#### คำแนะนำการกรอกแบบ

1. ให้เลือก ☒ ในหัวข้อที่ต้องการ
2. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ให้นายจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ① และลูกจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ②  
(ข้อ 2.1 – 2.6 สำหรับผู้ประกันตนคนไทยและคนต่างด้าว และ ข้อ 2.5 สำหรับคนพิการ)
3. ข้อมูลการเลือก/ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ให้ลูกจ้างกรอกข้อมูล ③  
สำนักงานประกันสังคมจะเลือกสถานพยาบาลตามลำดับ 1 – 3 หากสถานพยาบาลใดเต็มศักยภาพจะเลือกสถานพยาบาลถัดไปให้ผู้ประกันตน
4. เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้นายจ้างและลูกจ้างลงลายมือชื่อ

#### 1. ข้อมูลนายจ้าง

- 1.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา ตามที่ได้ขึ้นทะเบียน นายจ้างไว้กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงช่องลำดับที่สาขา
- 1.2 ทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ให้กรอกเลขที่บัตรประชาชนของเจ้าของกิจการกรณีเป็นกิจการเจ้าของคนเดียว และเลขทะเบียนนิติบุคคล กรณีสถานประกอบการจดทะเบียนนิติบุคคล
- 1.3 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน และกรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่น ๆ

#### 2. ข้อมูลผู้ประกันตน

- 2.1 กรณีไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือกรณีทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง และระบุชื่อสถานประกอบการทุกแห่ง
- 2.2 ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☒ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน ให้กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ วัน เดือน ปีเกิด ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
- 2.3 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
- 2.4 สถานภาพครอบครัว ให้ทำเครื่องหมายช่อง ☒ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ (แล้วแต่สถานภาพของแต่ละบุคคล)  
หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่สมรสใหม่  
หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง  
แยกกันอยู่ คือ มีได้อยู่ร่วมกันสันนิษฐานและมีได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่
- 2.4.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี กรุณากรอก พ.ศ. ปีเกิด
- 2.4.2 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

##### สถานภาพครอบครัว

- |                                    |  |  |                                  |  |
|------------------------------------|--|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด    | <input checked="" type="checkbox"/> 2. สมรส  | <input checked="" type="checkbox"/> 3. หม้าย | <input type="checkbox"/> 4. หย่า | <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่ |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร | <input checked="" type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. 25532 ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. 2555 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. 2557 |  |                                  |  |

- 2.5 สภาพร่างกาย หากปกติ ☒ ปกติ หากพิการ ☒ พิการ และให้ระบุประเภทความพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ 1. ทางทรงมองเห็น 2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3. ทางการเคลื่อนไหว 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ทางสติปัญญา 6. ทางการเรียนรู้ 7. ออทิสติก
- 2.6 สำหรับคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ผู้ประกันตนมีเอกสารหลักฐาน เช่น หนังสือเดินทาง ทำเครื่องหมาย ☒ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) กรณีหนังสือผ่านแดน (Border Pass) ทำเครื่องหมาย ☒ เอกสารทางราชการที่แสดงการเข้าเมืองอย่างถูกต้อง กรณีมีเอกสารอื่น เช่น ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย บัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำเครื่องหมาย ☒ อื่น ๆ (ระบุ) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

#### 3. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

กรณีลูกจ้างเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและมีสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วให้ทำเครื่องหมาย ☒ มีสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลปัจจุบันที่ใช้สิทธิ หากไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้ ☒ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล หากต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ☒ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปัจจุบันเท่านั้น

กรณีลูกจ้างไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนหรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้วแต่ไม่มีสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิ หรือเคยมีแต่หมดอายุ ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ไม่มีสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปัจจุบันเท่านั้น





ชื่อสถานประกอบการ.....เลขที่บัญชี

ชื่อสาขา.....ลำดับที่สาขา

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่/สาขา.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

- ☐ 1. รายการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) จำนวน.....ราย พร้อมหลักฐาน  
เป็นข้อมูลการรับเข้าทำงานระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ 2. รายการแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) จำนวน.....ราย  
เป็นข้อมูลการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ 3. รายการแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) จำนวน.....ราย พร้อมหลักฐาน  
เป็นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

๑. ประทับตรา  
 นิติบุคคล  
 (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจำ้ง  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(คำแนะนำในการกรอกแบบตูด้านหลัง)



### ข้อแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อสถานประกอบการและชื่อสาขาพร้อมเลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา ที่ตั้งสถานประกอบการหรือสาขาตามที่ได้แจ้งขึ้นทะเบียน นายจ้างไว้ กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา กรุณาใส่ 000000 ลงที่ช่องลำดับที่สาขา

2. ให้ใส่เครื่องหมาย " √ " ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

1. รายการการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ให้กรอกจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนลงในช่องจำนวน.....ราย และให้ระบุวันที่เข้าทำงานของผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนว่าขึ้นทะเบียนในช่วงใด

**ตัวอย่าง** บริษัท นามสมมุติ จำกัด แจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) จำนวน 3 ราย ดังนี้

- |                          |                 |                 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. นายสมพร มีความสุข     | เข้าทำงานวันที่ | 1 พฤษภาคม 2558  |
| 2. นางสาวอารีย์ มีทรัพย์ | เข้าทำงานวันที่ | 15 พฤษภาคม 2558 |
| 3. นางสาวสุดใจ รักสุข    | เข้าทำงานวันที่ | 25 พฤษภาคม 2558 |

☒

1. รายการการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) จำนวน 3 ราย พร้อมหลักฐาน  
เป็นข้อมูลการรับเข้าทำงาน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2558

2. รายการแจ้งการลาออกของผู้ประกันตน (สปส.6-09) ให้กรอกจำนวนผู้ประกันตนที่ลาออกในช่องจำนวน.....ราย และให้ระบุวันที่ลาออกของผู้ประกันตนว่าลาออกในช่วงใด

**ตัวอย่าง** บริษัท นามสมมุติ จำกัด แจ้งการลาออกของผู้ประกันตน (สปส.6-09) จำนวน 2 ราย ดังนี้

- |                         |             |                 |
|-------------------------|-------------|-----------------|
| 1. นางสาวสมศรี มีทรัพย์ | วันที่ลาออก | 15 พฤษภาคม 2558 |
| 2. นางสาวสมมุติ รักสุข  | วันที่ลาออก | 31 พฤษภาคม 2558 |

☒

2. รายการแจ้งการลาออกของผู้ประกันตน (สปส.6-09) จำนวน 2 ราย  
เป็นข้อมูลการลาออก ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2558 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2558

3. รายการแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) ให้กรอกจำนวนผู้ประกันตนที่แจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนในช่องจำนวน.....ราย และให้ระบุวันที่เปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตนในช่วงใด

**ตัวอย่าง** บริษัท นามสมมุติ จำกัด แจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) จำนวน 2 ราย ดังนี้

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 1. นางสาวสมพร รักสุข   | แก้ไขค่านำหน้านามและชื่อสกุล เนื่องจากสมรส วันที่ 15 พฤษภาคม 2558 |
| 2. นางสาวดอกรัก ร่ำรวย | แก้ไขชื่อ เนื่องจากเปลี่ยนชื่อ วันที่ 20 พฤษภาคม 2558             |

☒

3. รายการแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) จำนวน 2 ราย พร้อมหลักฐาน  
เป็นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2558 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2558

4. ผู้ลงชื่อในแบบ (สปส.1-04) เป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจและลงวันเดือนปีที่ยื่นแบบ



## คำขอทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน.....  
 ออกให้ที่.....วันออกบัตร.....วันบัตรหมดอายุ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
 เป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองกรมพัฒนาธุรกิจการค้ากระทรวงพาณิชย์ที่.....  
 ลงวันที่...../ผู้รับมอบอำนาจจากสถานประกอบการชื่อ.....  
 เลขที่บัญชี □□□□□□□□□□ ลำดับที่สาขา □□□□□□□  
 ตั้งอยู่ที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail Address.....  
 มีความประสงค์

## 1. ลงทะเบียนเพื่อขอมี User ID

- ☐ ขอ User-ID งานทะเบียนผู้ประกันตน (แบบแจ้งเข้า แจ้งออก และเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน)  
☐ ขอ User-ID งานเงินสมทบ  
☐ ส่งข้อมูลเงินสมทบ หรือส่งข้อมูลเงินสมทบพร้อมชำระเงิน (e-Payment)  
☐ ชำระเงินอย่างเดียว (e-Payment)

โดยขอทำรายการ

- ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สำนักงานใหญ่และสาขาทั้งหมด  
☐ สาขาที่เลือก.....

## 2. ยกเลิกการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

- ☐ ยกเลิกลำดับที่สาขา  
☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สำนักงานใหญ่และสาขาทั้งหมด.....  
☐ สาขาที่เลือก.....  
☐ ยกเลิก User ID.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและการยื่นแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นความจริงทุกประการและเข้าใจข้อตกลงและเงื่อนไขการยื่นแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์โดยตลอดแล้ว ตกลงรับที่จะปฏิบัติและยอมเข้าผูกพันตามข้อตกลงดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นวันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่ สปส.กทม.พื้นที่/จังหวัด/สาขา

คำสั่ง

.....  
 .....

- ☐ อนุญาต ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป  
☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

วันที่.....



## ข้อตกลงและเงื่อนไขการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ข้าพเจ้า.....

ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า.....

ลงวันที่...../ผู้รับมอบอำนาจจากสถานประกอบการชื่อ.....

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “นายจ้าง” ได้ยื่นความจำนงค์ของส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงานประกันสังคมแล้ว ตกลงที่จะผูกพันและปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

### 1. การยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้างกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

1.1 การส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามข้อตกลงนี้ถือเป็นการยื่นแบบรายการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 และนายจ้างยอมรับที่จะปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายดังกล่าว

1.2 การใช้หมายเลขผู้ใช้ (User ID) และรหัสผ่าน (Password) ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานประกันสังคม ในการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เมื่อ “นายจ้าง” ได้ยืนยันการส่งข้อมูล และสำนักงานประกันสังคมได้รับการยื่นรายการข้อมูลตามแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) และแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ สปส.1-10 (ส่วนที่ 1) แบบ สปส.1-10 (ส่วนที่ 2) แบบ สปส.1-10/1 และแบบ สปส.1-10/1 (แผ่นต่อ) ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การยื่นแบบคำขอธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดแบบรายการและวิธีการยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้าง แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน และแบบแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง และประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดแบบรายการ วิธีการยื่นแบบรายการและการนำส่งเงินสมทบ ถือว่าเป็นการทำรายการข้อมูลดังกล่าวถูกต้องเป็นจริงทุกประการรวมถึงจะ ผูกพันแบบแสดงรายการที่จัดพิมพ์ขึ้นโดยระบบคอมพิวเตอร์ ในรายการข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามการยื่นแบบแสดงรายการ และ/หรือชำระเงินสมทบผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

1.3 การยื่นรายการข้อมูลตามแบบแสดงรายการและ/หรือชำระเงินสมทบผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ตามข้อ 1.2 หมายความว่า การยื่นแบบแสดงรายการตามประกาศสำนักงานประกันสังคมที่กำหนดไว้แล้ว และที่จะประกาศกำหนดเพิ่มเติมต่อไป

1.4 หมายเลขผู้ใช้ (User ID) และรหัสผ่าน (Password) ที่นายจ้างได้รับนั้น ถือเป็นความลับระหว่างนายจ้างกับสำนักงานประกันสังคมซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ ต้องควบคุมดูแลเกี่ยวกับการใช้หมายเลขผู้ใช้ (User ID) และรหัสผ่าน (Password) กับทั้งระมัดระวังป้องกันมิให้บุคคลอื่นใดใช้หมายเลขผู้ใช้ (User ID) และรหัสผ่าน (Password) และถือเป็นความรับผิดชอบของนายจ้างในกรณีที่บุคคลอื่นใดใช้หมายเลขผู้ใช้ (User ID) และรหัสผ่าน (Password) เป็นเหตุให้สำนักงานประกันสังคมเสียหาย

1.5 นายจ้างที่ได้รับอนุญาตให้ส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคม ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ยอมรับรองว่าข้อมูลในรายการ ตามแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) และแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ สปส.1-10 (ส่วนที่ 1) แบบ สปส.1-10 (ส่วนที่ 2) แบบ สปส.1-10/1 และแบบ สปส.1-10/1 (แผ่นต่อ) มีข้อความถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

1.6 กรณีที่เกิดเหตุขัดข้อง ทำให้สำนักงานประกันสังคมต้องหยุดรับการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือเหตุอื่นใดที่ทำให้นายจ้างไม่สามารถส่ง ข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้ นายจ้างยังคงมีหน้าที่ต้องยื่นแบบรายการเป็นหนังสือตามแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) และแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ สปส.1-10 (ส่วนที่ 1) แบบ สปส.1-10 (ส่วนที่ 2) แบบ สปส.1-10/1 และแบบ สปส.1-10/1 (แผ่นต่อ) ณ สำนักงานประกันสังคมทุกแห่งทั่วประเทศ



ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ยื่นวันที่.....

2. การยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การเปลี่ยน (e-mail Address) การเปลี่ยนรหัสผ่าน (Password) หรือการยกเลิกการยื่นแบบรายการและชำระเงินสมทบผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

เมื่อนายจ้างแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือตามแบบคำขอทำธุรกรรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (สปส.1-05) แล้วแต่กรณี การยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคม ผ่านสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์มีผลสมบูรณ์เมื่อนายจ้างประกันสังคมได้รับทราบข้อมูลดังกล่าว

3. การเพิกถอนสิทธิในการยื่นแบบรายการและชำระเงินสมทบผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น

กรณีที่ "นายจ้าง" มิได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขตามข้อตกลงข้อใดข้อหนึ่งที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หรือไม่ได้ส่งข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิจะเพิกถอนการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยไม่จำเป็นต้องบอกล่วงหน้า และนายจ้างต้องยื่นแบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส.6-09) แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน (สปส.6-10) และแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบเป็นหนังสือ และหากนายจ้างมีความประสงค์จะส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคม ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อไป จะต้องยื่นแบบคำขอทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สปส.1-05) หรือทำรายการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต แล้วแต่กรณี

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อตกลงและเงื่อนไขการส่งข้อมูลเพื่อทำรายการของสำนักงานประกันสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เข้าใจโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและมอบให้แก่สำนักงานประกันสังคมไว้เป็นหลักฐาน



ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ : 1. ให้ท่านจัดส่งแบบ สปส.1-05 พร้อมเอกสารข้อตกลงและเงื่อนไข ที่ลงลายมือชื่อ ให้สำนักงานประกันสังคม ทุกแห่งทั่วประเทศ

2. เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและบันทึกการอนุมัติแล้ว ท่านจะได้รับ e-mail แจ้งผลการอนุมัติพร้อม User และ Password ในวันเดียวกัน



## แบบแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ชื่อสาขา..... ลำดับที่สาขา 

--	--	--	--	--	--

สถานประกอบการ/สาขาตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ 

--	--	--	--	--

 โทรศัพท์.....

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	คำนำหน้านาม ชื่อ - ชื่อสกุล	วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุด	* สาเหตุการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน *						
				1	2	3	4	5	6	7
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									
	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>									

- คำเตือน**
- สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน
  - ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง หากฝ่าฝืนอาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
  - การแจ้งข้อเท็จจริงเป็นเท็จ เช่น การแจ้งลาออกไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับตรา  
นิติบุคคล  
(ถ้ามี)

**\* สาเหตุ \***

- ลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อ นายจ้าง ภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน
- สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
- เลิกจ้าง/โครงการเกษียณก่อนกำหนด
- เกษียณอายุ
- ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำ ความผิด/ละทิ้งหน้าที่โดยไม่มีการติดต่อ นายจ้างภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน
- ตาย
- โอนย้ายสาขา

(คำอธิบายดูด้านหลัง)

## คำอธิบาย

1. กรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ชื่อสาขาและลำดับที่สาขา ที่ตั้งสถานประกอบการ หรือสาขา ตามที่ได้แจ้งขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้  
กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงที่ช่องลำดับที่สาขา
2. กรอกลำดับที่ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนให้ชัดเจน
3. กรอก วัน เดือน ปี ที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน กรณีลาออกหรือสิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง หรือเลิกจ้าง หรือเกษียณอายุ หรือ ไล่ออก / ปลดออก /  
ให้ออกเนื่องจากกระทำความผิด หรือละทิ้งหน้าที่ 7 วันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร คือวันที่ถัดจากวันสุดท้ายที่ผู้ประกันตนมาทำงานเช่น  
ผู้ประกันตนมาทำงานวันสุดท้ายวันที่ 31 พฤษภาคม 2551 ให้กรอกวันที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนเป็นวันที่ 1 มิถุนายน 2551 กรณีตาย ระบุ  
วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนตาย
4. กรอกสาเหตุการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ต้องการดังนี้
  - กรณีลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่ोनายจ้างภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน (เช่น ลาออกด้วยเหตุผลส่วนตัว สมัครใจออกจากงานก่อนเกษียณอายุ  
ไม่ประสงค์จะไปทำงานเนื่องจากนายจ้างย้ายสถานประกอบการ เป็นต้น) ให้ ✓ ในช่อง 1
  - กรณีสิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุสิ้นสุดสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างไว้แน่นอน (เช่น งานในโครงการ  
เฉพาะที่ไม่ใช่ปกติของธุรกิจ หรือการค้าของนายจ้าง ซึ่งต้องมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของงานที่แน่นอน เป็นต้น) ให้ ✓ ในช่อง 2
  - กรณีเลิกจ้าง (เช่น นายจ้างยุบเลิกตำแหน่งงาน ลดจำนวนพนักงาน นายจ้างเลิกกิจการ ปิดกิจการ เป็นต้น) กรณีโครงการเกษียณก่อนกำหนด  
(เช่น การที่สัญญาจ้างสิ้นสุดตามโครงการที่นายจ้างและลูกจ้างทำข้อตกลงร่วมกันที่จะระงับความผูกพันตามสัญญาฉบับเดิม) ให้ ✓ ในช่อง 3
  - กรณีเกษียณอายุ หมายถึงการออกจากงานด้วยสาเหตุเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน ให้ ✓ ในช่อง 4
  - กรณีไล่ออก/ปลดออก/ให้ออก เนื่องจากกระทำความผิด หรือละทิ้งหน้าที่โดยไม่มีสาเหตุอันสมควรและไม่มีการติดต่ोनายจ้างภายใน 7 วัน  
ทำงานติดต่อกัน ให้ ✓ ในช่อง 5
  - กรณีตาย ให้ ✓ ในช่อง 6
  - โอนย้ายสาขา ให้ ✓ ในช่อง 7

## แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน

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

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

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อมูลเดิมและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง	.....	<input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
2.	ชื่อ	.....	.....	<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง
3.	ชื่อสกุล	.....	.....	<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
4.	หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/
	- เลขประจำตัวประชาชน	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	เอกสารรับรองความพิการจาก
	- เลขหนังสือเดินทาง	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
	- เลขใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ความมั่นคงของมนุษย์
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	..... ..... .....	อื่น ๆ
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิดทุกคน	<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	- ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิดของบุตรที่เพิ่ม	<input type="checkbox"/> เพิ่มจำนวนบุตร		
6.	สภาพร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## คำแนะนำ

- ผู้ลงชื่อในแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน เป็นเจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจหรือผู้ลงชื่อในแบบเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 โดยให้แจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคม
- แจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

(คำแนะนำในการกรอกแบบบดด้านหลัง)



## คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ให้ครบถ้วนและถูกต้อง
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าคำนำหน้านาม เช่น ☒ นาย และกรอก ชื่อ-ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม วัน เดือน ปีเกิด ที่ถูกต้องและใช้อยู่ในปัจจุบัน
3. กรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา ของผู้ประกันตนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน
4. ให้กรอกรายละเอียดข้อมูลเดิมของผู้ประกันตน แล้วกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจุบันในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

**ตัวอย่าง** นางสาวสมศรี มีความสุข ขอเปลี่ยนชื่อเป็น สมหวัง และขอแก้ไขชื่อสกุลเป็น ร่ำรวย เนื่องจากสมรส และแจ้งเปลี่ยนแปลง สถานภาพครอบครัว และบุตรจำนวน 4 คน เกิด ปี พ.ศ. 2553 (อายุ 7 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2556 (อายุ 4 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2558 (อายุ 2 ปี) และเกิด ปี พ.ศ.2559 (อายุ 1 ปี)

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	<input type="checkbox"/> นาย <input checked="" type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง	นาง	<input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
2.	ชื่อ	สมศรี	สมหวัง	<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง
3.	ชื่อสกุล	มีความสุข	ร่ำรวย	<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
4.	หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์
	- เลขประจำตัวประชาชน	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ .....
	- เลขหนังสือเดินทาง	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	- เลขใบอนุญาตทำงาน คนต่างด้าว	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5.	- สถานภาพครอบครัว	<input checked="" type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	สมรส	
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิด ทุกคน	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

- ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

**ตัวอย่าง** กรณีนาย ข. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกเมื่อปี 2550 ได้แจ้งจำนวนบุตร 1 คน เกิดปี พ.ศ. 2552 ต่อมาในปี 2559 ได้มีบุตร  
เพิ่มอีก 1 คน จึงได้ขอแจ้งจำนวนบุตรเพิ่ม การกรอกจำนวนบุตรให้กรอกบุตรที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
	- ให้กรอกปี พ.ศ.เกิด ของบุตรที่เพิ่ม	<input checked="" type="checkbox"/> เพิ่มจำนวนบุตร	เกิด ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**ตัวอย่าง** กรณีนาย ค. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกระบุสภาพร่างกาย ปกติ แต่ต่อมาได้รับความพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือ  
เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุความพิการประเภทที่ 1 ทางการมองเห็น และ  
ยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมเมื่อครั้งให้ข้อมูลว่าสภาพร่างกาย ปกติ ให้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพร่างกายด้วย

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
6.	สภาพร่างกาย	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input checked="" type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input checked="" type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	<input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์



## แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ  /  - 

วันที่รับ .....

ชื่อสถานประกอบการ ☐ บริษัท ☐ ห้างหุ้นส่วน ☐ บุคคลธรรมดา.....เลขที่บัญชี  -  -  ลำดับที่สาขา 

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ ☐ ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงพร้อมทั้ง  
กรอกรายละเอียดเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)

☐ 1. ย้ายสถานประกอบการ.....

ไปที่อยู่ : เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

☐ 2. หยุดกิจการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

เนื่องจาก .....

☐ 3. เลิกประกอบกิจการ ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

☐ 4. เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ ☐ 5. เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม ☐ 6. เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ

จากเดิม.....

เปลี่ยนเป็น.....

เอกสารแนบ ☐ หนังสือมอบอำนาจ

☐ 7. เพิ่มจำนวนสาขา ชื่อสาขา (ถ้ามี)..... ตั้งแต่วันที่.....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... นำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก ลำดับที่สาขา )

☐ 8. ยกเลิกสาขา ลำดับที่สาขา

ตั้งแต่วันที่..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ครั้งสุดท้ายนำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

☐ 9. เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา ลำดับที่สาขา

ตั้งแต่ค่าจ้างประจำเดือน..... พ.ศ. ....

จากเดิมสำนักงานประกันสังคม..... เป็นสำนักงานประกันสังคม.....

☐ 10. รายการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

รายการที่แจ้งไว้เดิม	เปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็น

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

ประทับตรา  
นิติบุคคล  
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....