

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม  
ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๓)  
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน เพื่อเป็นการช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประกันตนซึ่งได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน และเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖๑/๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01) และแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส.2-01/7) ทำระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้ใช้แบบคำขอทำระเบียบนี้แทน

ข้อ ๕ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๕/๑ และข้อ ๕/๒ แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๘

“ข้อ ๕/๑ นอกจากการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๕๘ ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน อาจยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนพร้อมแนบสำเนาเอกสารประกอบการยื่นคำขอต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ด้วยวิธีการทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนตอบรับ โดยถือวันประทับตราไปรษณีย์ต้นทางเป็นสำคัญ

ข้อ ๕/๒ การยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน ผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน อาจยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ ตามแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01) และแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส.2-01/7) ทำระเบียบนี้ แล้วแต่กรณี

การยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย นายจ้างอาจยื่น หนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ โดยอย่างน้อยให้มีสาระสำคัญตามหนังสือรับรองแนบท้ายกฎกระทรวง”

ข้อ ๖ บรรดาแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม (สปส.2-01) และแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม กรณีว่างงาน (สปส.2-01/7) ที่ได้ยื่นไว้ ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ถือเป็นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน ตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ทศพล กฤตวงศ์วิมาน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]  
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
  2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน  
☐ ผู้มีสิทธิ ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
  3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงาน/สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ..... สาขา.....
  4. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาบดีสั่งจ่าย ปณ. .... ☐ ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....  
☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ )

5. ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณี (ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการเท่านั้น)
- ☐ ประสบนันตรายหรือเจ็บป่วย    ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- เหตุที่ไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลตามสิทธิ ..... บาท
- ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....กลับเข้าทำงานวันที่.....
- ☐ กรณีทันตกรรม วันที่รับบริการทันตกรรม วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....(ใบรับรองแพทย์ด้านหลัง)
- ☐ คลอดบุตร    ☐ ค่าฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ วันที่ใช้สิทธิ.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
- ☐ ค่าคลอดบุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ☐ สงเคราะห์บุตร เลขประจำตัวประชาชนบุตรที่ขอรับประโยชน์ทดแทน.....
- ☐ ทุพพลภาพ    ☐ เงินทดแทนการขาดรายได้
- ☐ ค่ารักษาพยาบาลจำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....บาท    ☐ ค่าพาหนะ
- ☐ ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ชนิด/ประเภท.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน..... บาท
- ☐ ตาย    ☐ ค่าทำศพ    ☐ เงินสงเคราะห์กรณีตาย
- ☐ ขราภาพ

6. หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และกรณีทุพพลภาพในเวลาเดียวกัน ข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี ☐ ประสบนอันตรายหรือเจ็บป่วย ☐ ทุพพลภาพ เพียงกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือรับเงินโดยไม่สิทธิ หรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพเจ้ายอมขอคืนเงินที่ได้รับไปโดยไม่สิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าพเจ้ายอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าพเจ้า ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝากหักเงินในบัญชีของข้าพเจ้า เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

**คำเตือน :** ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

## ใบรับรองแพทย์กรณีทันตกรรม

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอน / ฟันที่ถอนแล้ว  
นี่

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....

เลขที่.....ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษา

โรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....

โดย ☐ อุดฟัน.....ซี่ ที่ #.....

☐ ถอนฟัน / ฟันคุด.....ซี่ ที่ #.....

☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จำนวน.....ซี่

☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง ☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

### เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

#### กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน

กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สลิปวันลาป่วย (ถ้ามี)

**หมายเหตุ** ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์

ให้แพทย์ระบุความจำเป็นที่ต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

#### กรณีคลอดบุตร

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

• สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

• ใบเสร็จรับเงิน • ใบรับรองแพทย์หรือสำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (ระบุวันที่ตรวจครรภ์และอายุครรภ์)

#### กรณีฝากครรภ์

#### กรณีทุพพลภาพ

• ใบเสร็จรับเงิน • ใบรับรองแพทย์ • สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)

**หมายเหตุ** ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นที่ต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์

และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

#### กรณีตาย

กรณีขอรับค่าทำศพ

• สำเนามรณบัตร • หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ

กรณีขอรับเงินสงเคราะห์

• สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดาผู้ตาย (ถ้ามี)

• สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร

• หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)

#### กรณีสงเคราะห์บุตร

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา

กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร

หรือสำเนาคำพิพากษา หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย

• สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา

#### กรณีชราภาพ

• สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย • สำเนามรณบัตร • สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายและผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ

• สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)

• สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร

• หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี)

กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ • แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ

#### กรณีว่างงาน

• สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่ของผู้ยื่นคำขอฯ


#### หมายเหตุ

♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้

♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย

♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้



แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

กรณีว่างงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบด้านหลัง

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน  ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....

2. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาคารดีสง่าจ่าย ปณ. .... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน

3. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน

☐ เนื่องจากออกจากงาน (กรณีนี้ให้กรอกข้อ 4 - 7)

☐ เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย สาเหตุ..... (กรณีนี้ไม่ต้องกรอกข้อ 5 - 7)

หยุดงานตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

☐ ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตนกรณีว่างงาน..... อายุ.....ปี)

4. สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนกรณีว่างงานทำงานชื่อ.....สาขา.....

5. วัน เดือน ปีที่ออกจากงาน.....

6. สาเหตุการออกจากงาน ☐ ลาออก

☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก.....

(กรณีถูกเลิกจ้างเนื่องจากละทิ้งหน้าที่ให้ระบุจำนวนวันที่ละทิ้งหน้าที่จริง)

☐ อยู่ระหว่างรอคำสั่งพนักงานตรวจแรงงาน ☐ อยู่ระหว่างนำคดีไปสู่ศาลแรงงาน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

7. ขึ้นทะเบียนหางานกับสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่/จังหวัด.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่า ข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดว่าถูกเลิกจ้างด้วยเหตุตามมาตรา 78(2) แห่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 หรือข้าพเจ้า รับเงิน โดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินประโยชน์ทดแทนที่รับไปเกินสิทธิ ข้าพ ยินยอมขอใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิดังกล่าวตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่ สำนักงานประกันสังคม และข้าพ ยินยอมให้สำนักงานฯ แจ้งให้ธนาคารตามที่ข้าพ ขอให้สำนักงานฯ โอนเงินประโยชน์ทดแทนเข้าบัญชีเงินฝาก หักเงินในบัญชีของข้าพ เพื่อส่งคืนแก่สำนักงานฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ

- สำเนาหนังสือแจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (สปส. 6 -09) (ถ้ามี)

- หนังสือหรือคำสั่งของนายจ้างที่ให้ออกจากงาน (ถ้ามี)

- หนังสือรับรองการขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย กรณีเป็นผู้ประกันตนกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย

หมายเหตุ

♦ กรณีผู้ประกันตนต่างตัวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้

♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน

♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย

♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

คำเตือน : ในกรณีผู้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนระบุข้อเท็จจริงอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 137 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

**คำแนะนำในการกรอกแบบ**

1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนกรณีว่างงานหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
2. ใส่เครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
3. กรอกชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนทำงาน หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท... พร้อมกรอกเลขที่บัญชีนายจ้างและลำดับที่สาขา
4. กรอกสาเหตุการออกจากงานกรณีถูกเลิกจ้างให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น ลดพนักงาน/เลิกกิจการ/กระทำความผิด หรือกรณีเกิดเหตุสุดวิสัยไม่สามารถทำงานได้ให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน เช่น เกิดอัมพฤกษ์ วาดภัย อุทกภัย หรือกรณีพิบัติภัย เป็นต้น
5. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ  
อนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินผ่านธนาคาร คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น

## หนังสือรับรอง

### การขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย อันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

๑. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชีสถานประกอบการ .....  
ประเภทธุรกิจ ..... ที่ตั้งสถานประกอบการ .....  
ขอรับรองว่า ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย ในกรณีดังต่อไปนี้

- ☐ ลูกจ้างต้องกักตัวหรือเฝ้าระวังการระบาดของโรค  
☐ ทางราชการมีคำสั่งให้ปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออันตราย

โดยมีรายชื่อดังต่อไปนี้

๑. นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....

๒. นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....

๓. นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....

๔. นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....

๕. นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
หยุดงานตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... วันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง.....

๒. ขอรับรองว่า ผู้ประกันตน ☐ เป็นลูกจ้างของข้าพเจ้าจริงและไม่ได้รับค่าจ้าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล  
หากปรากฏภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจจากนายจ้าง  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**หมายเหตุ** “เหตุสุดวิสัย” หมายความว่า ความรวมถึงภัยอันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ  
ซึ่งมีผลกระทบต่อสาธารณสุข และถึงขนาดที่ผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้หรือนายจ้างไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ  
**คำเตือน** : ในกรณีที่ระบุข้อเท็จจริงเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานฉ้อโกงตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๔๑ ต้องระวางโทษ  
จำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หรือมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน  
ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ