

## ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วย การขอรับประโยชน์ทดแทน

พ.ศ. ๒๕๓๘

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม จึงวางระเบียบการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วย การขอรับประโยชน์ทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๘”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดที่เห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีตาย กรณีทุพพลภาพ อันมิใช่เนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง และกรณีคลอดบุตร ที่ประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว ยื่นคำขอตามแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน (สปส.๒ - ๐๑) ทำระเบียบนี้ พร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในแบบคำขอต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบหรือประจำทำงานอยู่

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๓๘

จำลอง ศรีประสาธน์

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน  
กองทุนประกันสังคม**

สปส. 2-01

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่รับแจ้ง.....	
วันที่รับแจ้ง.....	
ชื่อผู้รับ.....	

- ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- ยื่นคำขอในฐานะ  เป็นผู้ประกันตน  เป็นผู้จัดการศพ/ทสากรของผูประกันตนชื่อ.....  
..... เลขที่บัตรประกันสังคม
- ผูประกันตนเกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- นายจ้างของผูประกันตน..... เลขที่บัญชี              
ลำดับที่สาขา       ตั้งอยู่เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
ให้กรอกเฉพาะช่องที่ต้องการขอเบิกเงินเท่านั้น

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีเจ็บป่วย	หลักฐานที่แนบ
ค่ารักษาพยาบาล	วันที่ไปรับการตรวจรักษา..... สถานที่เจ็บป่วย/เกิดเหตุ..... เหตุผลที่ไม่เข้ารักษาตามโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรเพราะ..... ..... ได้เข้ารักษาในฐานะ ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> นอก <input type="checkbox"/> ใน <input type="checkbox"/> ผ่าตัด จ่ายค่ารักษาเป็นเงิน..... บาท	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ (กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แนบครั้งวันหยุดงานด้วย) <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองของนายจ้าง <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (กรณีขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันสังคม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับรองสิทธิ
เงินทดแทนการขาดรายได้	วันที่เริ่มไปเข้ารับการตรวจรักษา..... วันที่เริ่มหยุดงาน..... วันกลับเข้าทำงาน..... ขาดรายได้ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....	
เรื่องที่ขอเบิก	กรณีคลอดบุตร	หลักฐานที่แนบ
ค่าคลอดบุตร	วันที่คลอดบุตร..... ขอเบิกเงินค่าคลอดบุตร <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องช่วย <input type="checkbox"/> ผ่าตัด ของ นาง/นางสาว..... ซึ่งมีฐานะเป็น <input type="checkbox"/> ผูประกันตน <input type="checkbox"/> ภรรยาของผูประกันตน	<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองของนายจ้าง <input type="checkbox"/> สูติบัตรต้นฉบับพร้อมสำเนา <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันสังคม <input type="checkbox"/> ทะเบียนสมรส (กรณีภริยาผูประกันตนคลอด) ถ้าไม่มีทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผูประกันตนตามแบบท้อคำขอนี้
เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร (มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผูประกันตนหญิงเท่านั้น)		

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีทพพลาภ	หลักฐานที่แนบ
เงินทดแทนการขาดรายได้และค่ารักษาพยาบาล	วันที่เริ่มไปรับการตรวจรักษา.....	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองของนายจ้าง <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันสังคม

เรื่องที่ขอเบิก	กรณีตาย	หลักฐานที่แนบ
ค่าทำศพ  เงินสงเคราะห์มีสิทธิเบิกได้เฉพาะผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือนขึ้นไป	วันที่ผู้ประกันตนตาย...../...../..... ณ สถานที่..... สาเหตุการตาย..... ผู้ยื่นคำขอเกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนคือ เป็น <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้เป็นผู้จัดการศพ <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นที่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ <input type="checkbox"/> บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์	1. <input type="checkbox"/> มรณบัตรพร้อมสำเนา 2. <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองของนายจ้าง 3. <input type="checkbox"/> ทะเบียนสมรสของคู่สมรส 4. <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย 5. <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้จัดการศพ 6. <input type="checkbox"/> หลักฐานการสถาปนาภักดิ์สถานหรือมีสวิตที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ 7. <input type="checkbox"/> สหัตถ์ของบุตร (กรณีขอรับเงินสงเคราะห์)

ข้าพเจ้าจะขอรับเงินโดย  ธนาคารดี ป.ณ.....  ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี.....  
 บัญชีเลขที่..... สาขา.....  รับที่สำนักงานประกันสังคม

หากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย กรณีทพพลาภ และเงินสงเคราะห์ค่าทำศพงานเพื่อการคลอดบุตรในช่วงเวลาเดียวกันข้าพเจ้าขอเลือกรับกรณี  เจ็บป่วย  คลอดบุตร  ทพพลาภ เพื่อกรณีเดียว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

- คำเตือน**
1. ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสารที่แนบทุกฉบับ
  2. มาตรา 56 ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใด ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 5 และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนต่อสำนักงานประกันสังคม ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายพิจารณาถึงการโดยเร็ว

