



ลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมออนไลน์หลักสูตร

" สิทธิประโยชน์ประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตน "



ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์
กองทุนประกันสังคม - กองทุนเงินทดแทน



สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 2



สำนักงานประกันสังคม

▶ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533

(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537

(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542

(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558

▶ พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ.2537

(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2561



ข้อแตกต่างระหว่าง 2 กองทุน

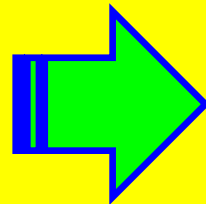
1. การส่งเงินสมทบ
2. การคุ้มครอง
3. สิทธิประโยชน์



กองทุนประกันสังคม



การคุ้มครอง



ประสบอันตราย/เจ็บป่วย

ทุพพลภาพ

ตาย

คลอดบุตร

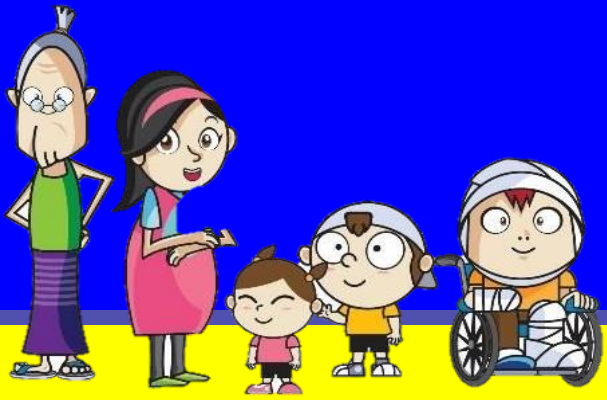
สงเคราะห์บุตร

ชราภาพ

ว่างงาน

ไม่เนื่องจาก
การทำงาน





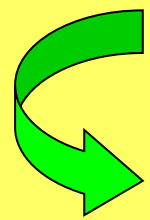
อัตราเงินสมทบทุกประเภท

ประเภทประโยชน์ทดแทน	นายจ้าง	ลูกจ้าง	รัฐบาล
เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย	1.5	1.5	1.5
สงเคราะห์บุตร ชราภาพ	3	3	1
ว่างงาน	0.5	0.5	0.25
รวม	5	5	2.75

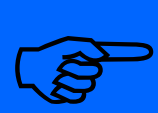
ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

1 กรณี เจ็บป่วย

เงื่อนไขการได้สิทธิ



จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อน
เดือนรับบริการทางการแพทย์



การบริการทางการแพทย์



เงินทดแทนการขาดรายได้



อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

การบริการทางการแพทย์



เมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน
แล้ว สามารถเลือกสถานพยาบาลในการเข้ารับรักษาได้ 1 แห่ง
และเมื่อมีการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาได้ตามสถานพยาบาลที่
เลือก หรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
จนถึงสิ้นสุดการรักษา



ผู้ประกันตนสามารถขอเปลี่ยนโรงพยาบาลได้
ภายใน 16 ธันวาคม - 31 มีนาคม ของปีถัดไป

สปส. เริ่ม 1 ม.ค. 2560

กราฟิกมดชนรายวัน
Malichon Daily Graphic
(25.12.16)



ผู้ประกันตนตรวจร่างกายฟรี



ตรวจทั่วไป

- 1 คัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test
- 2 ตรวจเต้านม
- 3 ตรวจตาโดยจักษุแพทย์
- 4 ตรวจตาด้วยสาย Snellen eye Chart

15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี
30-39 ปี	ทุก 3 ปี
40-54 ปี	ทุกปี
55 ปีขึ้นไป	ตามความเสี่ยง
40-54 ปี	1 ครั้ง/ปี
55 ปีขึ้นไป	ทุก 1-2 ปี
55 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี



ตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ

- 1 ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC
- 2 การทำงานของไต
- 3 ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total HDL cholesterol

18-54 ปี	1 ครั้ง/ปี
55-70 ปี	1 ครั้ง/ปี
55 ปี	1 ครั้ง/ปี
20 ปี	ทุก 5 ปี



ตรวจอื่นๆ

- 1 เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg
- 2 มะเร็งปากมดลูก Pap Smear
- 3 มะเร็งปากมดลูกวิธี VIA
- 4 เลือดในอุจจาระ FOBT
- 5 การเอกซเรย์ทรวงอก Chest x-ray

	1 ครั้ง
30-54 ปี	ทุก 3 ปี
55 ปีขึ้นไป	ตามความเหมาะสม
30-54 ปีขึ้นไป	ทุก 5 ปี
55 ปีขึ้นไป	ตรวจแปปสเมียร์
50 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี
15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี

เข้ารับการตรวจได้ที่โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมทุกแห่ง

กรณีอุบัติเหตุ / อุบัติเหตุ



- ➡ เข้ารับการรักษาได้ทุกแห่งที่ใกล้ที่สุด
- ➡ สปส. จ่ายค่ารักษา 72 ชม. แรก เกินกว่านี้ไม่จ่าย
(เบิกค่ารักษาคืนจาก สปส. ตามหลักเกณฑ์
และอัตราที่กำหนด)
- ➡ ให้รับส่งต่อโรงพยาบาลที่เลือก



ขั้นตอนปฏิบัติกรณีอุบัติเหตุ / อุทกภัย

ผู้ประกันตนเข้า ร.พ. กรณีอุบัติเหตุ / อุทกภัย

จ่ายค่ารักษาไปก่อน

รับแจ้ง ร.พ.ที่ระบุในบัตร

นำมาเบิกจาก
สปส. จังหวัด

ร.พ.รับตัวไป
รักษาต่อ

ให้รักษาต่อที่
ร.พ.เดิม

ร.พ. ตามบัตร

รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่
เกิดขึ้นหลังจากรับแจ้ง



อัตราค่ารักษาพยาบาล กรณีเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลเอกชน ประเภทผู้ป่วยนอก

- ค่าบริการทางการแพทย์ ไม่เกิน 1,000 บาท
- ค่าเลือดฯ 500 บาท/Unit
- สารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยัก 400 บาท
- วัคซีน/เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- + วัคซีนเฉพาะเข็มแรก 290 บาท
- + เซรุ่มจากม้าเฉพาะเข็มแรก 1,000 บาท
- + เซรุ่มจากมนุษย์เฉพาะเข็มแรก* 8,000 บาท

- Ultrasound 1,000 บาท
- CT Scan* 4,000 บาท
- MRI* 8,000 บาท
- ชุดมดลูก 2,500 บาท
- ค่าฟิ้นคีนซีฟ 4,000 บาท
- ห้องสังเกตอาการ 200 บาท
- (3 ชั่วโมงขึ้นไป)
- (* ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข)



โรงพยาบาลรัฐบาดายคินเท่าที่จ่ายจริง

อัตราค่ารักษาพยาบาล กรณีเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลเอกชน ประเภทผู้ป่วยใน



-ค่ารักษาพยาบาล	2,000 บาท/วัน
-ค่าห้องอาหาร	700 บาท/วัน
-ค่ารักษาในห้อง ICU	4,500 บาท/วัน
-ค่าฟิ้นคืนชีพ	4,000 บาท
- ผ่าตัดใหญ่ไม่เกิน 1 ชม.	8,000 บาท
< 2 ชม.	12,000 บาท
> 2 ชม.	16,000 บาท
- Lab และ/หรือ X-ray	1,000 บาท

-ค่าตรวจพิเศษ.

✚ EKG , ECG	300 บาท
✚ Echo	1,500 บาท
✚ ตรวจคลื่นสมอง	350 บาท
✚ Ultrasound	1,000 บาท
✚ ค่าสวนเส้นเลือดหัวใจ	15,000 บาท
✚ ส่องกล้อง	1,500 บาท
✚ Intravenous	1,500 บาท
✚ CT Scan *	4,000 บาท
✚ MRI*	8,000 บาท

(* ตามหลักเกณฑ์)

โรงพยาบาลรัฐบาลจ่ายคืนเท่าที่จ่ายจริง (ยกเว้นค่าห้องค่าอาหาร ไม่เกินวันละ 700 บาท)

กรณีที่ยังไม่ได้เลือกกราฟ.ตามสิทธิ

1. เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง
ที่ใกล้ที่สุด
2. แจ้ง สปส. ในท้องที่เกิดเหตุทันที
3. ถ่ายตามหลักเกณฑ์เดียวกับ
กรณีอุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน



กรณีที่บำบัดทดแทนไต



ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต โดยจ่ายให้สถานพยาบาลในความตกลง ดังนี้

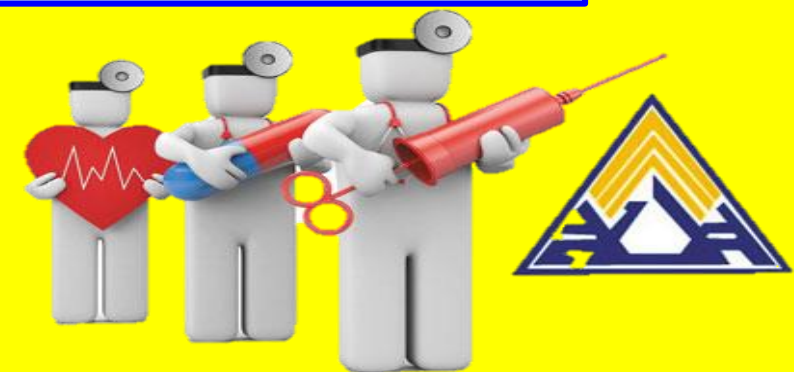
1. ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท ต่อสัปดาห์
2. วิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร ในอัตราไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท เดือนแรกได้รับไม่เกินวันละ 750 บาท
3. มีสิทธิการรับยาอีริโทรพัวิติน (Erythropoietin) โดยมีภาวะโลหิตจาง ระดับความเข้มข้นของโลหิตเท่ากับหรือน้อยกว่า 36 %

โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการแพทย์



ค่าผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด

มติอนุมัติให้มีสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร สำนักงานประกันสังคม จ่ายค่าผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด และการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้า-ออก ช่องท้องให้กับผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล ไม่เกินราย ละ 20,000 บาท/2 ปี และแก้ไขทำเส้นเลือดเพิ่มอีกไม่เกิน 10,000 บาท ในระยะเวลา 2 ปี



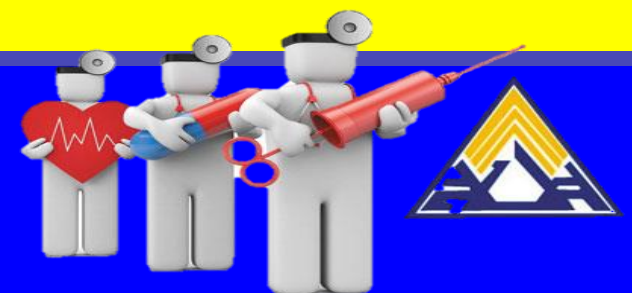


การปลูกถ่ายไต

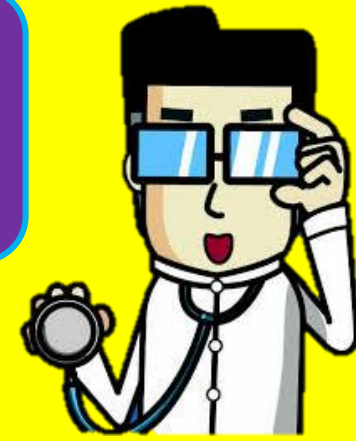
จ่ายให้แก่สถานพยาบาลในความตกลง ดังนี้

- ⇒ ค่าใช้จ่ายก่อนการปลูกถ่ายไต (ตามอัตราประกาศฯ กำหนด)
- ⇒ ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมผู้ประกันตน และผู้บริจาคไต (ตามอัตราประกาศฯ กำหนด)
- ⇒ ค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไต และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด (ตามอัตราที่กำหนด)

โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการแพทย์



กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก



➡ ค่าบริการทางการแพทย์ช่วยให้สถานพยาบาล
ในความตกลง ที่ให้บริการผู้ประกันตนจน ดีที่สุด
การรักษาในวงเงิน 1,300,000 บาท

➡ ค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน
7,000 บาทต่อราย

โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการแพทย์

การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



ค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่
สถานพยาบาล ในความตกลง 35,000
บาท และให้ศูนย์ดวงตาสุภาพชาติไทย
เป็นเงิน 15,000 บาท



โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการแพทย์

อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

เครื่องช่วยหูฟัง

เครื่องช่วยพูด

รองเท้าคนพิการ

ไม้เท้า/ไม้ค้ำยัน

แขนเทียม/ขาเทียม

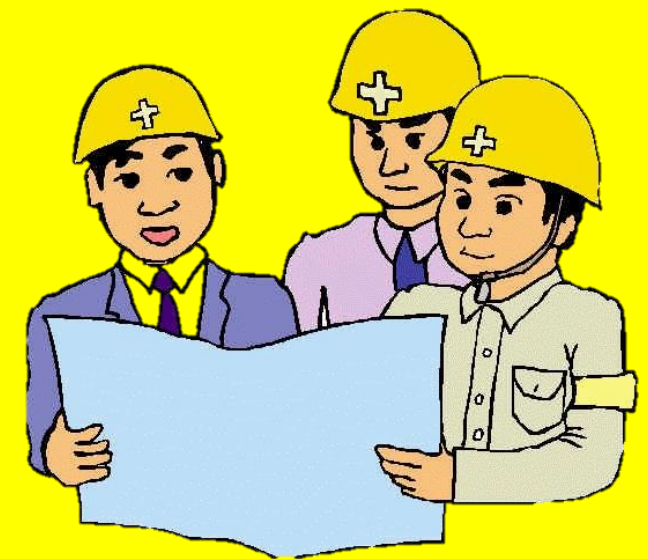
รถนั่งคนพิการ

ตามรายการและ
อัตราที่กำหนด



เงินทดแทนการขาดรายได้ (หยุดงาน) จากการเจ็บป่วยจ่าย 50% ของค่าจ้าง

- ➡ ครึ่งหนึ่งไม่เกิน 90 วัน
- ➡ ปีละไม่เกิน 180 วัน
- ➡ โรคเรื้อรังไม่เกิน 365 วัน



กรณีนายจ้างจ่ายเงินเดือนให้เบิกไม่ได้
เบิกได้เฉพาะช่วงที่ขาดรายได้



โรคเรื้อรัง



1. โรคมะเร็ง
2. โรคไตวายเรื้อรัง
3. โรคเอดส์
4. โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เส้นเลือดสมอง หรือกระดูกสันหลัง เป็นเหตุให้เป็นอัมพาต
5. ความผิดปกติของกระดูกหักที่มีภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่ กระดูกหักที่มีการติดเชื้อ, กระดูกติดเชื้อ, กระดูกไม่ติด, กระดูกผิดปกติ หรือเหล็กตามกระดูกหัก
6. โรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่องโดยไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวัน ทั้งนี้ โดยการวินิจฉัยของคณะกรรมการการแพทย์

กรณีทันตกรรม



ผู้ประกันตนเข้ารับบริการกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการไม่ต้องสำรองจ่าย หรือหากสำรองจ่ายนำหลักฐานมาเบิกคืนที่สำนักประกันสังคมทุกแห่ง

▶▶ อุดฟัน

▶▶ ถอนฟัน/ ผ่าตัดฟันคุด

▶▶ ขูดหินปูน

 จ่ายปีละ ไม่เกิน 900 บาท
ตั้งแต่ 28 กันยายน 2559



▶▶ ฟันเทียมชนิดถอดได้

 ตั้งแต่ 1 - 5 ซี่ ไม่เกิน 1,300 บาท

 ตั้งแต่ 6 ซี่ ขึ้นไป ไม่เกิน 1,500 บาท

 ชนิดทั้งปาก ปากบนหรือปากล่าง

ไม่เกิน 2,400 บาท หรือ ทั้งปาก

ไม่เกิน 4,400 บาท (ภายในระยะเวลา 5 ปี)

2

กรณี คลอดบุตร



เงื่อนไขการใช้สิทธิ

จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 5 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนเดือนคลอดบุตร

ผู้ประกันตนสามารถไปฝากครรภ์ – คลอดบุตรได้ที่สถานพยาบาลทุกแห่ง โดยสำรองจ่าย
ไปก่อนแล้ว นำหลักฐานมาเบิกคืนที่สำนักงานประกันสังคม (เริ่ม 1 มกราคม 2564)

ผู้ประกันตนหญิง

- ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 15,000 บาท/ครั้ง
- เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร เหมาจ่ายในอัตรา 50% ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลา 90 วัน ได้ 2 ครั้ง

ผู้ประกันตนชาย

ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 15,000 บาท/ครั้ง
สำหรับภรรยาที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย หรือหญิงที่อยู่กินกันฉันท์สามีภรรยาโดยเปิดเผย แต่มิได้จดทะเบียนสมรส

ไม่จำกัดจำนวนครั้ง สามีภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้ง 2 คนใช้สิทธิได้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณี คลอดบุตร

ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ (ไม่เกิน 1,500 บาท)

อายุครรภ์ ไม่เกิน 12 สัปดาห์ จ่าย 500 บาท

มากกว่า 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ จ่าย 300 บาท

มากกว่า 20 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 28 สัปดาห์ จ่าย 300 บาท

มากกว่า 28 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 32 สัปดาห์ จ่าย 200 บาท

มากกว่า 32 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 40 สัปดาห์ จ่าย 200 บาท

เริ่ม 1 มกราคม 2564



3 กรณี ทุพพลภาพ



เงื่อนไขการได้สิทธิ

จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนทุพพลภาพ

- @ เงินทดแทนการขาดรายได้ ในอัตรา 50 % ของค่าจ้าง/เดือน ตลอดชีวิต
- @ ค่ารักษาพยาบาล
- @ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่เกิน 40,000 บาท
- @ ตาย ได้รับค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์
- @ เงินบำเหน็จชราภาพ





ค่ารักษาพยาบาล

โรงพยาบาลเอกชน

ผู้ป่วยนอก 2,000 บาท

ผู้ป่วยใน 4,000 บาท

โรงพยาบาลรัฐบาล

ผู้ป่วยนอก เท่าที่จ่ายจริง

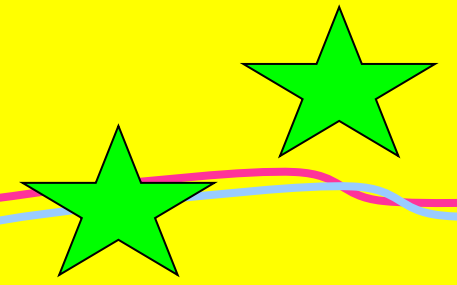
ผู้ป่วยใน รพ.ตั้งเบิก

ค่ารถเหมาจ่ายเดือนละ 500 บาท



4

กรณี ตาย



เงื่อนไขการได้สิทธิ

จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายใน 6 เดือน ก่อนเดือนถึงแก่ความตาย

ค่าทำศพ 50,000 บาท จ่ายให้กับผู้จัดการศพ

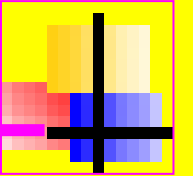
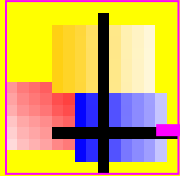
(มีผลตั้งแต่ 2 กรกฎาคม 2563)

เงินสงเคราะห์แก่ทายาท

- ✖ กรณีจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 3 ปี แต่ไม่ถึง 10 ปี
ได้รับเท่ากับค่าจ้าง 2 เดือน
- ✖ กรณีจ่ายเงินสมทบ 10 ปีขึ้นไป
ได้รับเท่ากับค่าจ้าง 6 เดือน



ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์



1. บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์
2. ถ้าผู้ประกันตนไม่ได้ทำหนังสือไว้ให้นำมาเฉลี่ยจ่ายให้แก่สามีภรรยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตนที่ถูกต้องตามกฎหมายเท่า ๆ กัน

สิทธิของผู้ประกันตนภายหลัง
สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง



ผู้ประกันตนยังได้รับสิทธิ ในกรณีเจ็บป่วย

คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย ต่อไป

อีก 6 เดือน หลังจากออกจากงาน

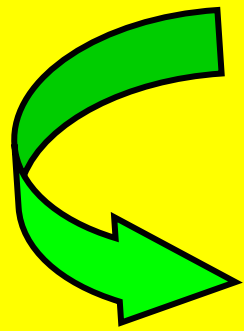
หรือ ถูกเลิกจ้าง



5 กรณี ฝั่งเคราะห์บุตร



เงื่อนไขการเกิดสิทธิ



1. จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน

ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิ

2. เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39



สิทธิประโยชน์ที่ได้รับกรณีสงเคราะห์บุตร

1. เงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่าย รายเดือนๆละ 1,000 บาท ต่อบุตรหนึ่งคน
(เริ่ม 1 มกราคม 2568)

2. สำหรับบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ จำนวนคราวละ
ไม่เกิน 3 คน

บุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ยกเว้น บุตรบุญธรรม หรือบุตรซึ่งได้ยกให้ เป็นบุตร
บุญธรรมของบุคคลอื่นไม่ให้ได้รับสิทธิ

3. หากผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ ผู้อุปการะบุตรของผู้ประกันตน
จะได้รับเงินสงเคราะห์บุตรต่อเนื่องจนบุตรอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์



6 กรณิ ชราภาพ

หมายถึง การสร้างความมั่นคงทางรายได้ในยามที่ความสามารถใน
การหารายได้ลดลง หรือสูญหายไปด้วยสาเหตุที่ไม่สามารถ
ทำงานต่อไปได้ เนื่องจากพันวัยทำงานตามเกณฑ์อายุที่
กำหนด หรือความเสื่อมสภาพทางร่างกายที่เข้าสู่วัยชรา



วัดอู่ประสงค์

- ➡ เป็นหลักประกันรายได้เมื่อเข้าสู่วัยชรา
- ➡ เพื่อจัดให้มีรายได้ในการดำรงชีพ
- ➡ เพื่อสนับสนุนให้มีการออมทั้งทางตรง และทางอ้อม



กรณี บำเหน็จชราภาพ

เงินก้อน



- ✿ จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน
- ✿ ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง
- ✿ มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ หรือ เป็นผู้ทุพพลภาพ หรือถึงแก่ความตาย

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ

- ✿ จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 12 เดือน ได้รับเฉพาะส่วนของผู้ประกันตน
- ✿ จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป ได้รับในส่วนของผู้ประกันตน + นายจ้าง + ผลตอบแทน





สำนักงานประกันสังคม

รายการรับเงินสมทบกรณีชราภาพ

ระยะเวลาจ่ายเงินสมทบ 157 เดือน ธ.ค.41-ธ.ค. 54

ปีที่ชำระ	จำนวนเงินสมทบ		
	ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รวม
2542	1667.00	1,667.00	3,334.00
2543	3,450.00	3,450.00	6,900.00
2544	3,600.00	3,600.00	7,200.00
2545	3,600.00	3,600.00	7,200.00
2546	5,250.00	5,250.00	10,500.00
2547	5,400.00	5,400.00	10,800.00
2548	5,400.00	5,400.00	10,800.00





สำนักงานประกันสังคม

รายการรับเงินสมทบกรณีชราภาพ

ระยะเวลาจ่ายเงินสมทบ 157 เดือน ธ.ค.41-ธ.ค. 54

ปีที่ชำระ	จำนวนเงินสมทบ		
	ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รวม
2549	5,400.00	5,400.00	10,800.00
2550	5,400.00	5,400.00	10,800.00
2551	5,400.00	5,400.00	10,800.00
2552	5,025.00	5,025.00	10,050.00
2553	5,325.00	5,325.00	10,650.00
2554	5,400.00	5,400.00	10,800.00
รวม	62,979.50	62,979.50	120,634.00

(ดอกผลที่ประกันสังคมจ่ายให้)

31,857.61

รวมจำนวนเงินที่ ผปต. จะได้รับ

152,491.61



กรณี บำนาญชราภาพ



❁ จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน ไม่ว่า
ระยะเวลา 180 เดือน จะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม

❁ มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์

❁ ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง
ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับ



1. ได้รับเงินบำนาญอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายจ่ายตลอดชีวิต
2. จ่ายเพิ่มอีกในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน
3. ขณะรับเงินบำนาญเสียชีวิตภายใน 60 เดือน ให้ทายาทรับบำเหน็จครบ 60 เดือน

กรณีตัวอย่าง

เงินบำนาญชราภาพ

กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน อายุครบ 55 ปี บริบูรณ์ และความเป็น
ผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

(สมมติให้ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือน สุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงิน
สมทบก่อนความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเท่ากับ 15,000บาท)



สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ = 3,000บาท

อายุ 55 ปี
ความเป็นผู้ประกันตน
สิ้นสุดลง

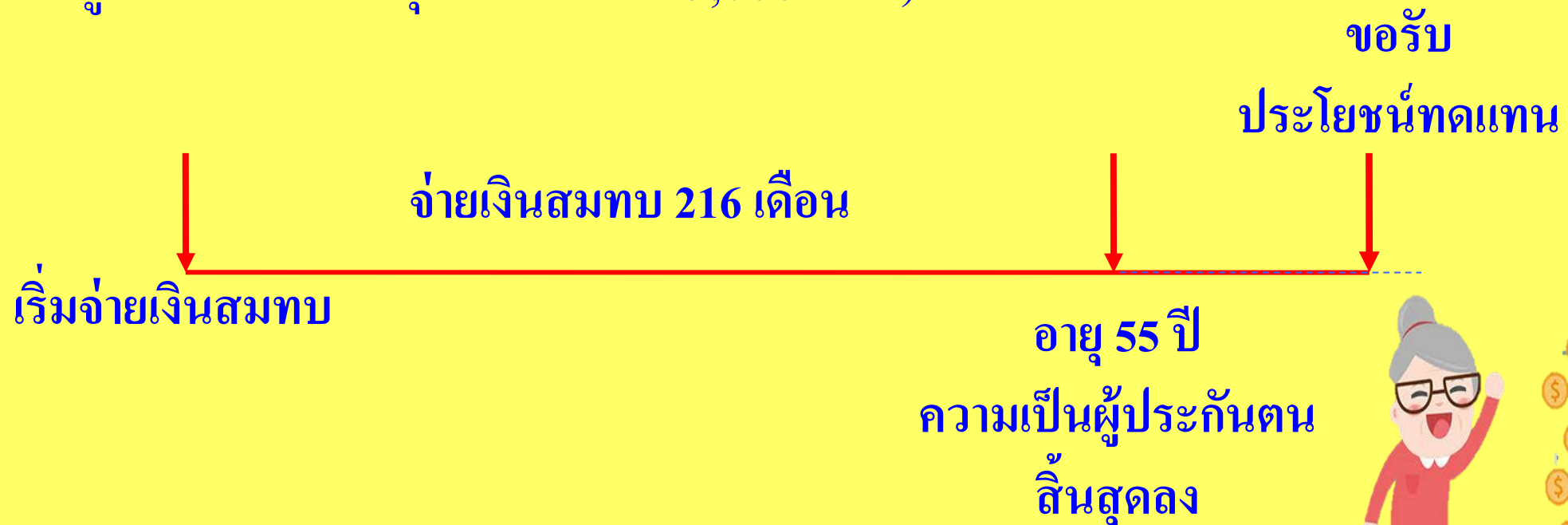


ตัวอย่าง

เงินบำนาญชราภาพ

กรณีจ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน อายุครบ 55 ปี บริบูรณ์ และความเป็น
ผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

(สมมติให้ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือน สุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบก่อน
ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเท่ากับ 15,000 บาท)



สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ = $15,000 \times 24.5\% = 3,675$ บาท

กรณีตัวอย่าง

เงินบำนาญชราภาพ

บำนาญชราภาพกองทุนประกันสังคม สำหรับผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบตั้งแต่ 180 เดือน ขึ้นไป
และสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน และมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์
สปส. เริ่มจ่ายเงินบำนาญชราภาพตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2556

จำนวนเดือนที่ นำส่งเงินสมทบ (เดือน / ปี)	อัตราร้อยละ ของค่าจ้าง เฉลี่ยฯ	ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย						หน่วย : บาท
		4,800	5,000	8,000	10,000	12,000	15,000	
		เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	
180 / 15	20%	960	1,000	1,600	2,000	2,400	3,000	
192 / 16	21.5%	1,032	1,075	1,720	2,150	2,580	3,225	
204 / 17	23%	1,104	1,150	1,840	2,300	2,760	3,450	
216 / 18	24.5%	1,176	1,225	1,960	2,450	2,940	3,675	
228 / 19	26%	1,248	1,300	2,080	2,600	3,120	3,900	
240 / 20	27.5%	1,320	1,375	2,200	2,750	3,300	4,125	
252 / 21	29%	1,392	1,450	2,320	2,900	3,480	4,350	
264 / 22	30.5%	1,464	1,525	2,440	3,050	3,660	4,575	
276 / 23	32%	1,536	1,600	2,560	3,200	3,840	4,800	
288 / 24	33.5%	1,608	1,675	2,680	3,350	4,020	5,025	
300 / 25	35%	1,680	1,750	2,800	3,500	4,200	5,250	

เงินบำนาญชราภาพ

บำนาญชราภาพกองทุนประกันสังคม สำหรับผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบตั้งแต่ 180 เดือน ขึ้นไป

และสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน และมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์

สปส.เริ่มจ่ายเงินบำนาญชราภาพตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2556

จำนวนเดือนที่ นำส่งเงินสมทบ เดือน/ปี	อัตราร้อยละ ของค่าจ้าง เฉลี่ยๆ	ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย						หน่วย : บาท	
		4,800	5,000	8,000	10,000	12,000	15,000		
		เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ	เงินบำนาญที่ได้รับ		
312/26	36.5%	1,752	1,825	2,920	3,650	4,380	5,475		
324/27	38%	1,824	1,900	3,040	3,800	4,560	5,700		
336/28	39.5%	1,896	1,975	3,160	3,950	4,740	5,925		
348/29	41%	1,968	2,050	3,280	4,100	4,920	6,150		
360/30	42.5%	2,040	2,125	3,400	4,250	5,100	6,375		
372/31	44%	2,112	2,200	3,520	4,400	5,280	6,600		
384/32	45.5%	2,184	2,275	3,640	4,550	5,460	6,825		
396/33	47%	2,256	2,350	3,760	4,700	5,640	7,050		
408/34	48.5%	2,328	2,425	3,880	4,850	5,820	7,275		
420/35	50%	2,400	2,500	4,000	5,000	6,000	7,500		
432/36	51.5%	2,472	2,575	4,120	5,150	6,180	7,725		

เงินบำนาญชราภาพที่ได้รับรายเดือนต้องไม่ต่ำกว่าเงินบำนาญชราภาพขั้นต่ำเท่ากับจำนวนเงิน 720 บาท

ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบกรณีชราภาพร้อยละ 3 ของค่าจ้าง โดยคำนวณจากค่าจ้างสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท

ผู้รับผลประโยชน์กรณีชราภาพ



1. มีทายาทตามกฎหมาย

- ☞ บุตรรับ 2 ส่วน บุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป รับ 3 ส่วน
- ☞ สามี , ภรรยา รับ 1 ส่วน
- ☞ บิดา , มารดา รับ 1 ส่วน
- ☞ บุคคลที่ผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับ 1 ส่วน

2. ไม่มีทายาทตามกฎหมาย

- ☞ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน ร่วมบิดา หรือร่วมมารดา
- ☞ ปู่ ย่า , ตา ยาย , ลุง ป้า , น้า อา



เงื่อนไขการ
เกิดสิทธิ

กรณีว่างงาน



1. จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนการว่างงาน กับนายจ้างรายสุดท้าย
2. ไม่ใช่ผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ
3. ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 สิ้นสุดลง(สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง)
4. ไม่ถูกเลิกจ้างเนื่องจากกระทำผิดต่อนายจ้าง
5. มีระยะเวลาการว่างงานตั้งแต่ 8 วันขึ้นไป
- ★ 6. ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ว่างงาน ภายใน 30 วัน นับแต่วันออกจากงาน

โดยผ่านเว็บไซต์ [https:// e-services.doe.go.th](https://e-services.doe.go.th)



7. รายงานตัวเว็บไซต์เดือนละ 1 ครั้ง ตามวันที่นัดรายงานตัว

กรณีว่างงาน

ผู้ประกันตนกรณีว่างงาน
ผ่านอินเทอร์เน็ต

ทางเว็บไซต์ <http://e-service.doe.go.th>



อยู่ที่ไหน ๆ ก็ทำได้ !!!

สิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน



ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ระหว่างว่างงาน ดังนี้

เลิกจ้าง : 50% ของค่าจ้าง ไม่เกิน 180 วัน

ลาออก : 30% ของค่าจ้าง ไม่เกิน 90 วัน



กรณีว่างงานจากเหตุสุดวิสัยที่เกิดจากภัยธรรมชาติ เช่น
กรณีอุทกภัย อัคคีภัย วาตภัย หรือภัยพิบัติ ให้ได้รับสิทธิ
กรณีว่างงาน (ตามอัตราและกฎกระทรวงกำหนด)





การขอรับประโยชน์ทดแทน

กำหนดให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน ภายใน 2 ปี
นับแต่วันที่มียสิทธิรับประโยชน์ทดแทน

และจะต้องติดต่อขอรับเงิน ภายใน 2 ปี
นับแต่วันที่ ได้รับแจ้งให้รับเงิน

สิทธิในการอุทธรณ์คำสั่ง

- ภายใน 30 วัน นับจากรับทราบคำสั่ง



ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตาม มาตรา 39



คุณสมบัติของผู้สมัคร

1. เคยเป็น ผปต.มาตรา 33 และส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน
2. ต้องยื่นเรื่องภายใน 6 เดือนหลังจากสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง
3. ต้องไม่เป็นผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตาม มาตรา 39

หลักฐานการสมัคร



1. แบบคำขอเป็น ผปต. ตามมาตรา 39 (สปส. 1-20)
2. บัตรประจำตัวประชาชน

สามารถสมัครได้ที่ สปส. ทุกแห่ง

ช่องทางการจ่ายเงินสมทบ

เดือนละ
432
บาท



จ่ายเงินสมทบได้ที่



ส่งเงินสมทบตรงเวลา

ผู้ประกันตนต้องนำส่งเงินสมทบ ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน สามารถจ่ายเงินสมทบด้วย **วิธีหักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ทางธนาคาร ทางเคาน์เตอร์ธนาคาร หรือช่องทางอื่นๆ ที่สะดวก**



อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม (ผปต.ม.39)

จ่ายเงินเดือนละ 432 บาท ให้การคุ้มครอง 6 กรณีดังนี้ หน่วย : บาท

ผู้ประกันตนมาตรา 39 ที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนครบ
จะได้รับค่าคุ้มครอง ดังนี้



ประเภทประโยชน์ทดแทน	อัตราสูงสุดที่กฎหมายกำหนด
เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย	144 บาท
สงเคราะห์บุตร ชราภาพ	288 บาท
รวม	432 บาท

การสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39



1. ไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกัน
(สิ้นสุดสภาพตั้งแต่วันที่แรกที่ไม่ส่งเงินสมทบ)
2. ลาออก
3. กลับเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33
4. ตาย
5. ภายในระยะเวลา 12 เดือน ส่งเงินสมทบไม่ครบ 9 เดือน



พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ.2537

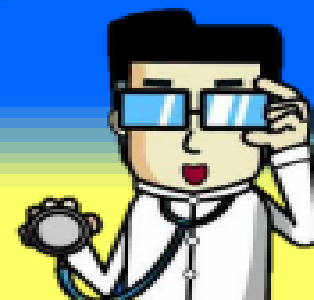
● กองทุนเงินทดแทน (ฉบับที่ 2 เริ่ม 9 ธ.ค.2561)

- ➔ ประสบอันตราย/เจ็บป่วย
- ➔ ทูพพลภาพ
- ➔ ตาย หรือ สูญหาย

อันเนื่องมาจาก
การทำงาน



สิทธิประโยชน์จากกองทุนเงินทดแทน



กรณี ประสบอันตราย เจ็บป่วย

1. ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 65,000 บาท
2. หากค่ารักษาพยาบาล(ข้อ.1)ไม่เพียงพอสามารถจ่ายเพิ่มอีกไม่เกิน 165,000 บาท โดยต้องได้รับบาดเจ็บและรักษาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
3. หากค่ารักษาพยาบาล (ข้อ1,2) ไม่เพียงพอสามารถจ่ายเพิ่มอีกไม่เกิน 300,000 บาท ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
4. หากค่ารักษาพยาบาล(ข้อ.3) ไม่เพียงพอสามารถจ่ายเพิ่มเติมได้อีกตามความเห็นคณะกรรมการการแพทย์รวมแล้วต้องไม่เกิน 500,000 บาท

5. กรณีค่ารักษาตามข้อ 4 ไม่เพียงพอจ่ายเพิ่มอีกไม่เกิน 1,000,000 บาท เว้นแต่ กรณีดังนี้ จ่ายจนถึงสิ้นสุดการรักษา

(1) ลูกจ้างเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลของรัฐตั้งแต่เริ่มแรก รักษาจนถึงสิ้นสุดการรักษา

(2) ลูกจ้างมีความจำเป็นหรือมีเหตุสมควรไม่สามารถเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของรัฐตั้งแต่เริ่มแรก แต่ภายหลังเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ

6. กรณีผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการพยาบาล และค่าบริการทั่วไป ไม่เกิน 1,300 บาท/วัน



ค่าทดแทน และสูญเสียอวัยวะ



- กรณีหยุดงาน ตั้งแต่ 1 วันติดต่อกันขึ้นไป ไม่เกิน 1 ปี
ได้รับ 70 % ของค่าจ้าง (เดิมหยุด 3วัน เงินทดแทน 60%)
- การสูญเสียอวัยวะ ได้รับไม่เกิน 10 ปี ตามการสูญเสีย

ของสภาพร่างกาย





กรณีทุพพลภาพ

ได้รับค่าทดแทน 70 % ของค่าจ้างเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 15 ปี

(เดิมค่าทดแทน 60%ระยะเวลา 15 ปี)



ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู ด้านการแพทย์และอาชีพ

ด้านละไม่เกิน 24,000 บาท

- ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟู

ไม่เกิน 40,000 บาท จ่ายเพิ่มอีกไม่เกิน 140,000 ตามเงื่อนไข

- ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการฟื้นฟู

ไม่เกิน 160,000 บาท



กรณี ตาย หรือ สูญหาย



ได้รับค่าจัดการศพ 50,000 บาท



9 เม.ย. 2563

เงินทดแทน 70 % ของค่าจ้างเป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี (เดิม 8 ปี)

ผู้มีสิทธิรับเงินทดแทน

- บิดา มารดา โดยชอบด้วยกฎหมาย
- สามี ภรรยา โดยชอบด้วยกฎหมาย
- บุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปีหรือ18ปี ให้ได้รับจนจบปริญญาตรี
- บุตรของลูกจ้างซึ่งเกิดภายใน 310 วัน นับแต่ลูกจ้างตาย
- ผู้อยู่ในความอุปการะ



ระยะเวลาการแจ้ง

การประสบอันตราย



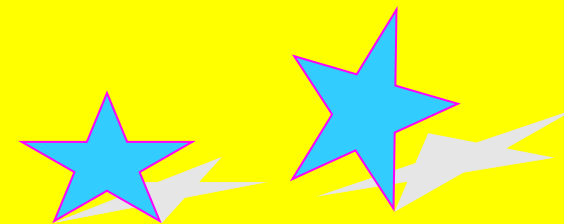
■ นายจ้างต้องแจ้งภายใน 15 วัน

■ ลูกจ้าง หรือ ผู้มีสิทธิ แจ้งภายใน 180 วัน

■ กรณีเจ็บป่วยเกิดขึ้นหลังสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

แจ้งภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบการเจ็บป่วย

เป็นการคุ้มครองต่อ





- ★ นายจ้าง, ลูกจ้าง หรือ ผู้มีสิทธิ ไม่พอใจคำสั่ง, คำวินิจฉัย มีสิทธิอุทธรณ์ ต่อคณะกรรมการฯ ภายใน 30 วัน
- ★ ผู้อุทธรณ์ ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงาน ภายใน 30 วัน

มีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ

กลุ่มงานสิทธิประโยชน์

โทร. 0-2954-2577 ต่อ110-120

สายด่วน 1506





แบบรับคำขอรับ ประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

A cartoon illustration of a man with brown hair and a blue robot. The man is holding a blue box filled with books. The robot is also holding a blue box filled with books. There are yellow circles in the background.

สปส.2-01/7

กองทุนประกันสังคม
แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีว่างงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

โปรดอ่านคำแนะนำในการกรอกแบบคำขอ

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตนกรณีว่างงาน
☐ ผู้มีสิทธิ (ระบุชื่อผู้ประกันตนกรณีว่างงาน.....)
3. สถานประกอบการสุดท้ายที่ผู้ประกันตนกรณีว่างงานทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชีสถานประกอบการ ลำดับที่สาขาของสถานประกอบการ
4. วัน เดือน ปีที่ออกจากงาน.....
5. สาเหตุการออกจากงาน ☐ ลาออก
☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก.....
(กรณีถูกเลิกจ้างเนื่องจากกะที่หน้าที่ให้ระบุจำนวนวันที่ละที่หน้าที่จริง)
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ขึ้นทะเบียนหางานกับสำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่/จังหวัด.....
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ
ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วัน
นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อ และเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ
- สำเนาแบบแจ้งการออกจากงานของผู้ประกันตน (สปส. 6-09)
- หนังสือหรือคำสั่งของนายจ้างที่ให้ให้ออกจากงาน (ถ้ามี)

คำเตือน : 1. ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนหางานภายใน 30 วัน นับแต่วันว่างงานกับนายจ้างรายสุดท้ายจะได้รับประโยชน์ทดแทนครบถ้วนตามที่
หากขึ้นทะเบียนหางานเกิน 30 วัน นับแต่วันว่างงานกับนายจ้างรายสุดท้ายจะได้รับประโยชน์ทดแทนลดลง โดยจะได้ตามสิทธิที่เหลือนับแต่วันขึ้นทะเบียน
เท่านั้น และจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ครบถ้วนด้วย

2. ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอก
ให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอน
หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

หนังสือรับรอง นายจ้าง



หนังสือรับรองของนายจ้าง

- ชื่อสถานประกอบการ
- เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา โทรศัพท์
- ชื่อผู้ประกันตน
- เลขประจำตัวประชาชน ได้รับค่าจ้างเป็น ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ อื่น ๆ ระบุ
- ขอรับรองว่าผู้ประกันตน ☐ ยังเป็นลูกจ้าง ☐ สิ้นสุดการเป็นลูกจ้างตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ให้กรอกข้อความข้างล่างเฉพาะกรณีที่ต้องการ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย	ได้หักเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายใน 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ - ค่าจ้าง 3 เดือนสุดท้ายก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ เป็นเงิน บาท - มีสิทธิได้รับค่าจ้างในวันลาป่วยจากนายจ้าง วัน - ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ครั้งนี้ได้ใช้สิทธิลาป่วยมาแล้ว วัน - ขาดรายได้ขณะลาป่วยตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. กลับเข้าทำงานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
กรณีคลอดบุตร	ได้หักเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือนภายใน 15 เดือนก่อนวันคลอดบุตร - ค่าจ้าง 3 เดือนสุดท้ายก่อนวันคลอดบุตร เป็นเงิน บาท
กรณีทุพพลภาพ	ได้หักเงินสมทบมาแล้วเป็นจำนวนทั้งสิ้น เดือน โดยนับตั้งแต่เริ่มหักเงินสมทบจนถึงเดือน พ.ศ. - ค่าจ้าง 3 เดือนสุดท้ายก่อนวันขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ เป็นเงิน บาท
กรณีตาย	ได้หักเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนภายใน 6 เดือนก่อนถึงแก่ความตาย - หักเงินสมทบมาแล้วเป็นจำนวนทั้งสิ้น เดือน โดยนับตั้งแต่เริ่มหักเงินสมทบคือเดือน พ.ศ. และเดือนสุดท้ายที่หักเงินสมทบคือเดือน พ.ศ. ค่าจ้าง 3 เดือนสุดท้ายก่อนถึงแก่ความตาย เป็นเงิน บาท
กรณีสงเคราะห์บุตร	ได้หักเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือนภายใน 36 เดือนก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์บุตร - โดยเริ่มหักเงินสมทบตั้งแต่เดือน พ.ศ. ถึงเดือน พ.ศ. เดือนสุดท้ายที่หักเงินสมทบคือเดือน พ.ศ.
กรณีว่างงาน	ได้หักเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนภายใน 15 เดือน ก่อนสิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง - ค่าจ้าง 3 เดือนสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการเป็นลูกจ้างเป็นเงิน บาท สาเหตุการว่างงาน ☐ ลาออก ☐ ถูกเลิกจ้าง เนื่องจาก ☐ อื่น ๆ ระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

- หมายเหตุ
1. ประทับตรานิติบุคคลด้วย (ถ้ามี)
 2. ผู้ลงนามต้องเป็นนายจ้างหรือผู้รับมอบอำนาจจากนายจ้าง
 3. ณ วันที่กรอกหนังสือรับรองนี้ ถ้าผู้ประกันตนกลับเข้าทำงานแล้วให้กรอกวันกลับเข้าทำงานด้วย

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

1. ข้าพเจ้า นาย.....
 เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่.....
 หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

3. นางสาว/นาง.....ได้คลอดบุตรเมื่อวันที่.....
ซึ่งในวันที่คลอดบุตรนี้ ข้าพเจ้าไม่มีภริยาอื่นที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย

[illegible]

(ลงชื่อ).....พยาน (.....) เลขประจำตัวประชาชน 	(ลงชื่อ).....พยาน (.....) เลขประจำตัวประชาชน
--	--

คำเตือน ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ อดนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

หนังสือรับรอง
ของผู้ประกันตน
กรณีไม่มี
ทะเบียนสมรส



หนังสือระบุให้ เป็นผู้มีสิทธิรับ เงินกรณีบำเหน็จ ชราภาพตาย



แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินกรณีบำเหน็จชราภาพตาย

เขียนที่.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายตามมาตรา 77 จัตวา แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558 โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพแก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....โทรศัพท์.....
2. ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....โทรศัพท์.....
3. ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ 1. ให้ผู้แสดงเจตนา / ผู้รับสิทธิ / พยาน / แบบสำเนาบัตรประชาชน, ทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกคน
2. ให้ทายาทผู้สิทธิหรือผู้แสดงเจตนาเก็บหนังสือฉบับนี้ไว้ที่ตนเอง

แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินกรณีสงเคราะห์ตาย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนารับผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายตามมาตรา 73 (2) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินสงเคราะห์แก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....โทรศัพท์.....
2. ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....โทรศัพท์.....
3. ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์เป็น.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ 1. ให้ผู้แสดงเจตนา / ผู้รับสิทธิ / พยาน / แบบสำเนาบัตรประชาชน, ทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกคน
2. ให้ทายาทผู้มีสิทธิหรือผู้แสดงเจตนาเก็บหนังสือฉบับนี้ไว้ที่ตนเอง

หนังสือระบุให้
เป็นผู้มีสิทธิรับ
เงินกรณี
สงเคราะห์ตาย





สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัญชี

เลขห้า

เลขที่ประสบอันตราย

วันพุธ

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ เลขที่บัญชี

สำนักงานเลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ประเภทกิจการ จำนวนลูกจ้าง คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย, นาง, นางสาว) อายุ

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.ตรอก/ซอย อ. จ.

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคม

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ที่จะขอประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

4. เวลาทำงานปกติเริ่ม น. เลิก น. ทำงานสัปดาห์ละ วัน

5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่น ๆ) และ

6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด)

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย เวลา น. วัน เดือน ปี ที่มาแจ้งทราบ

9. วัน เดือน ปี ที่ถูกจ้างเริ่มหยุดงาน วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน

10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายที่เกิดขึ้นอย่างไร)

.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอุบัติเหตุหรืออาการ เช่น แขนขาขาด)

2. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้เห็นเหตุการณ์

3. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

4. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง

(.....) ประทับตราของบริษัท

(.....)

ตำแหน่ง หรือ ห้างร้าน (ถ้ามี)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

วันที่ เดือน พ.ศ.

ถ้าเดือน 1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2. ให้ถูกจ้างหรือผู้สิทธิอื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบราชการให้ถูกต้องครบถ้วน

3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)

4. ผู้ใดแจ้งข้อกล่าวอ้างเป็นเท็จแก่พนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)



ข้อ ๑๑

**แบบแจ้งขอรับ
กองทุนเงินทดแทน**

(สำเนา)

"ใช้เฉพาะในสถานพยาบาลที่ทำความตกลงเท่านั้น"

กท. 44



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่

วันที่

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง) เป็นลูกจ้างของ

..... ตั้งอยู่เลขที่

..... โทรศัพท์ ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

เลขที่บัญชี ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ ณ สถานที่

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

โปรดให้การรักษายาบาลผู้ป่วยตามความจำเป็น เนื่องจากอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ได้รับในครั้งนี้นี้ด้วย และเมื่อข้าพเจ้ายื่นแบบแจ้งการประสบอันตรายจากการทำงาน (กท.16) แล้ว สำนักงานประกันสังคมวินิจฉัยว่าการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการทำงาน ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาลจากกองทุนเงินทดแทน ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมวินิจฉัยว่าการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยไม่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาลจากกองทุนประกันสังคมตามกฎหมายต่อไป

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า หากข้าพเจ้าไม่ได้ยื่นแบบแจ้งการประสบอันตรายจากการทำงาน (กท.16) ตามกำหนด ข้าพเจ้าจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษายาบาลแทนลูกจ้างผู้รับการรักษายาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมปฏิเสธการจ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลนี้ ไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ข้าพเจ้าจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษายาบาลแทนลูกจ้างผู้รับการรักษายาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น เว้นแต่เป็นกรณีที่สำนักงานประกันสังคมวินิจฉัยว่าสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาลในราคาที่ไม่เหมาะสมและจำเป็น

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของบริษัท หรือห้างร้าน (ถ้ามี)

แบบ กท.44



ประกันสังคมยุคใหม่ รวดเร็ว โปร่งใส



เต็มใจให้บริการ พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

บรรยายโดย : นายกฤษฎา บรรหาร



ขอบคุณครับ

