

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีขอรับคำรักษาพยาบาล และกรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ • ใบรับรองแพทย์ • หนังสือรับรองของนายจ้าง • สถิติวันลาป่วย (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แพทย์ระบุวันหยุดงาน และกรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีคลอดบุตร กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
 กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
 • สำเนาทะเบียนสมรส กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

กรณีทุพพลภาพ • ใบรับรองแพทย์ • ใบเสร็จรับเงิน • สำเนาเวชระเบียน (ถ้ามี)
หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ กรณีขอรับคำอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ และประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ที่ใช้ด้วย

กรณีตาย กรณีขอรับค่าทำศพ • สำเนามรณบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย • หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
 • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ
 กรณีขอรับเงินสงเคราะห์ • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
 • สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)
 • สำเนาสูติบัตรของบุตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
 • หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)

กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
 • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ
 กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ • สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนการหย่าพร้อมบันทึกแนบท้าย หรือสำเนาทะเบียนรับรองบุตร หรือสำเนาค่าพิพาทฯ หรือคำสั่งของศาลให้เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย
 • สูติบัตรต้นฉบับของบุตรพร้อมสำเนา (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)
 • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ

กรณีชราภาพ กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย • สำเนามรณบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย
 • สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ
 • สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประกันตนและของบิดามารดา (ถ้ามี)
 • สำเนาสูติบัตรของบุตร หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุตรกรณีไม่มีสูติบัตร
 • หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพ (ถ้ามี)

กรณีบำนาญชราภาพ • สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ
 กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศฯขอรับเงินชราภาพ • แบบแจ้งความประสงค์ที่จะไม่พำนักอยู่ในประเทศไทยฯ

- หมายเหตุ**
- ♦ กรณีผู้ประกันตนต่างด้าวขอรับประโยชน์ทดแทนให้ใช้สำเนาบัตรประกันสังคมและสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้
 - ♦ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน
 - ♦ กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาเอกสารใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลด้วย
 - ♦ กรณีข้อเท็จจริงเอกสารหลักฐานไม่เพียงพอต่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่อาจขอเอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้

- คำแนะนำในการกรอกแบบ**
1. กรอกชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย) และที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
 2. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง หน้าข้อความว่าเป็นผู้ยื่นคำขอในฐานะใด
 3. กรอกชื่อสถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หากเป็นกิจการเจ้าของคนเดียวให้กรอกชื่อเจ้าของกิจการ หรือหากเป็นนิติบุคคลให้กรอกชื่อนิติบุคคลนั้น เช่น บริษัท..... สาขา
 4. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 - กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงไปแสดง หากมีการมอบอำนาจต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัท
 - กรณีรับเงินทางธนาคาร สมุดบัญชีเงินฝากต้องเป็นชื่อผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น และสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน)
 5. ให้กรอกเฉพาะกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” หน้าข้อความที่ต้องการ
 6. ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงกรณีเดียว
 7. ลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิแล้วแต่กรณี) พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นคำขอ
 8. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่เป็นสำเนาให้รับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ



แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม
(สำหรับสถานพยาบาล)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

1. โรงพยาบาล..... ขอรับค่าบริการพยาบาลของผู้ป่วยประกันสังคม
ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
กรณี ประสบอันตราย เจ็บป่วยฉุกเฉิน สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
ประเภท ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
 2. โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยประกันสังคม
 3. สาเหตุของการประสบอันตราย/เจ็บป่วย.....
 4. วิธีการรักษาพยาบาล
- วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษายาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
- รวมเป็นเงิน บาท (.....)
5. ขอรับเงิน ที่สำนักงานประกันสังคม อนุมัติส่งจ่าย ปณ. ธนาคาร.....
สาขา บัญชีเลขที่
 6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ
 สำเนาเวชระเบียน
 ใบสรุป / ใบแสดงรายการค่าบริการรักษาพยาบาล
 ใบรับรองแพทย์จากแพทย์ผู้รักษา
- (ลงชื่อ)
- (.....)
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

คำรับรองของผู้ประกันตน

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ขอรับรองว่า
ได้เข้ารับการรักษายาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกค่าบริการรักษาพยาบาล
เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)
หากมีค่าบริการยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้าจะไม่นำไปเสริมรับเงินมาเบิกจาก
สำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่...../...../.....

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิด
ข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามหรือ
ทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุก
ไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ