ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตน
กรณีเงินที่รับไว้เป็นเงินไม่พึงชำระแก่กองทุนประกันสังคม (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ ท้ายระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตนกรณีเงินที่รับไว้เป็นเงินไม่พึงชำระแก่กองทุนประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้การปฏิบัติราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตนกรณีเงินที่รับไว้เป็นเงินไม่พึงชำระแก่กองทุนประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ (สปส.๑-๔๐/๕) ท้ายระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการคืนเงินให้แก่ผู้ประกันตนกรณีเงินที่รับไว้เป็นเงินไม่พึงชำระแก่กองทุนประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และให้ใช้แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ (สปส.๑-๔๐/๕) ท้ายระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ (สปส.๑-๔๐/๕) ที่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ระเบียบนี้มีผลใช้บังคับให้ถือเป็นแบบคำขอตามระเบียบนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙
กาญจนา พูลแก้ว
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

(สปส.1-40/5)

แบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืน
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

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

1. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว อื่นๆ ..... ชื่อ – ชื่อสกุล (ผู้ยื่นคำขอ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ทางเลือกที่ 1 ☐ ทางเลือกที่ 2 ☐ ทางเลือกที่ 3 ☐ ผู้มีสิทธิ
3. มีความประสงค์ขอรับเงินไม่พึงชำระคืน กรณี
☐ ไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่..... ☐ ไม่ประสงค์เป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่.....
☐ กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ตั้งแต่..... ☐ เปลี่ยนแปลงรูปแบบทางเลือก ตั้งแต่.....
☐ กลับเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ตั้งแต่..... ☐ ผู้ประกันตนเสียชีวิต ตั้งแต่.....
☐ ชำระเงินสมทบก่อนเป็นผู้ประกันตน ..... ☐ ชำระเงินสมทบไว้เกิน/ชำระเงินสมทบผิดทางเลือก/อื่นๆ .....
โดยขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ..... ☐ ธนาคาร.....
☐ พร้อมเพย์ เลขประจำตัวประชาชน ..... อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
(กรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ)
4. กรณีผู้ประกันตน**มีชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง ☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....
☐ หนังสือมอบอำนาจ
กรณีผู้ประกันตน**เสียชีวิต** เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของผู้ประกันตน
☐ ทะเบียนสมรสบิดา มารดาของผู้ประกันตน ☐ ทะเบียนหย่าของคู่สมรส บิดา และมารดาของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ☐ ใบมรณบัตรของคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ สูติบัตรของบุตรผู้ประกันตน ☐ หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรมของผู้ประกันตน (ถ้ามี)
☐ ทะเบียนสมรสของผู้ประกันตน ☐ อื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ และข้าฯ เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หากปรากฏภายหลังว่าข้าฯไม่ได้เป็นเจ้าของส่วนบุคคล หรือข้าฯ/ผู้ประกันตน รับเงินโดยไม่มีสิทธิหรือมีเงินที่รับไปเกินสิทธิ ข้าฯ ยินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิหรือที่รับไปเกินสิทธิดังกล่าวแล้วกรณีตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม และข้าฯ ยินยอมให้สำนักงานฯ หักเงินข้าฯ ในครั้งนี้หรือครั้งต่อไปที่ข้าฯ มีสิทธิได้รับจากสำนักงานฯ ส่งคืนแก่กองทุนประกันสังคม และเพื่อเป็นการยืนยัน ข้าฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบคำขอนี้

ลงชื่อ ..... ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
(.....)
วันที่ .....

หมายเหตุ ก. กรณีมอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่
ข. ต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสมทบล่วงหน้าคืนจากสำนักงาน ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบว่ามีสิทธิรับเงินคืน หรือภายใน 10 ปี นับแต่วันที่นำส่งเงินเข้ากองทุน

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด/สาขา.....
ได้ตรวจสอบแบบคำขอรับเงินไม่พึงชำระคืนและหลักฐานที่เกี่ยวข้องแล้ว มีความเห็นว่า
☐ เห็นควรอนุมัติคืนเงินไม่พึงชำระให้ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
จำนวนเงิน.....บาท (.....)
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก ..... ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

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