



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

| ข้อมูลนายจ้าง | สำหรับเจ้าหน้าที่ |
|--|--|
| ชื่อสถานประกอบการ..... | <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">เลขที่บัตรประกันสังคม <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/></div> |
| เลขที่บัญชี <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> | |
| ลำดับที่สาขา <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> | |
| วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน..... | |
| ประเภทการจ้าง <input type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)... | |
| ข้อมูลผู้ประกันตน | |
| 1. ชื่อ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> นาย <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> นางสาว <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> นาง.....ชื่อสกุล..... | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 2. เพศ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ชาย <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> หญิง | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 3. สัญชาติ..... | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 4. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. | <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 5. เลขประจำตัวประชาชน <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> - <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 6. สถานภาพครอบครัว | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1. โสด | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 2. สมรส | |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 3. หม้าย | |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 4. หย่า | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่ | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ไม่มีบัตร | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้ | เอกสารที่แนบ |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่..... | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่..... | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว(WORK PERMIT) เลขที่..... | <input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว |
| <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง |
| | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว |
| | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ | |
| ลงชื่อ.....นายจ้าง | |
| (.....) | |
| วันที่..... | |
| ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล | |
| 8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม.....(ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล) | <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| หากไม่สามารถจดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ | <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ลำดับที่ 1 ชื่อ.....หรือ | <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ลำดับที่ 2 ชื่อ..... | <input style="width: 80px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน | |
| (.....) | (ผู้รับแบบ) |
| วันที่..... | วันที่..... |

คำแนะนำ 1. ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำกรผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ

2. การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความคิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

4. การขึ้นแบบโดยแจ้งรายชื่อบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (คำอธิบายดูด้านหลัง)