



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลนายจ้าง	สำหรับเจ้าหน้าที่
ชื่อสถานประกอบการ ศรีนครินทร์วิโรฒ..... เลขที่บัญชี <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> ลำดับที่สาขา <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน 1 ตุลาคม 2559..... ประเภทการจ้าง <input checked="" type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)...	เลขที่บัตรประกันสังคม <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
ข้อมูลผู้ประกันตน	
1. ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง.....ชื่อสกุล..... 2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง 3. สัญชาติ ไทย 4. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... 5. เลขประจำตัวประชาชน <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
6. สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หย่า <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่มีบัตร <input type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่..... <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่..... <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว(WORK PERMIT) เลขที่..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....	<p align="center">เอกสารที่แนบ</p> <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<p align="center">ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ</p> <p align="center">ลงชื่อ.....นายจ้าง</p> <p align="center">(.....)</p> <p align="center">วันที่.....</p>	
ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล	
8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม.....(ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล) หากไม่สามารถจดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ ลำดับที่ 1 ชื่อ.....หรือ ลำดับที่ 2 ชื่อ..... ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน (.....) วันที่.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> (ผู้รับแบบ) วันที่.....

คำแนะนำ

- ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
- การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมในแจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย
- การยื่นแบบโดยแจ้งรายชื่อบุคคลอื่นซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (คำอธิบายดูด้านล่าง)