



แบบขันทะเบียนผู้ประกันตน

<p><b>ข้อมูลนายจ้าง</b></p> <p>ชื่อสถานประกอบการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี</p> <p>เลขที่บัญชี <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">—</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">—</td><td style="width: 20px;">8</td></tr> </table></p> <p>ลำดับที่สาขา <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">2</td></tr> </table></p> <p>วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน</p> <p>ประเภทการจ้าง <input type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)</p>	1	0	—	9	0	0	0	3	1	8	—	8	1	0	0	0	0	2	<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่</b></p> <p>เลขที่บัตรประกันสังคม <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table></p>																			
1	0	—	9	0	0	0	3	1	8	—	8																											
1	0	0	0	0	2																																	
<p><b>ข้อมูลผู้ประกันตน</b></p>																																						
<p>1. ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง ..... ชื่อสกุล <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table></p> <p>2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>3. สัญชาติ ไทย</p> <p>4. เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....</p> <p>5. เลขประจำตัวประชาชน <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table></p>																							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table>															
<p>6. สถานภาพครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table></p> <p style="margin-left: 150px;">ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table></p>									<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table>																													
<p>7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว(WORK PERMIT) เลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารที่แนบ</b></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p>																																					
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ ..... นายจ้าง</p> <p style="text-align: center;">(อาจารย์โยเซฟ ชื่อเพียรธรรม)</p> <p style="text-align: center;">รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติราชการแทน</p> <p style="text-align: center;">คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี</p>																																						
<p><b>ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล</b></p>																																						
<p>8. ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม <b>ร.พ.รามาธิบดี</b></p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ ..... ผู้ประกันตน</p> <p style="text-align: center;">( ..... )</p> <p style="text-align: center;">วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....</p>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">( ผู้รับแบบ )</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....</p>																																					

- คำแนะนำ**
- ผู้ลงทะเบียนข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
  - กรณีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี มากกว่า 2 คน ให้กรอกปี พ.ศ.เกิดเพียง 2 คน ตามลำดับการเกิดก่อนหลังที่มีชีวิตอยู่
  - การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
  - เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะต้องมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย