



สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน

ชื่อผู้ประกันตน นาย นางสาว นาง..... ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ชื่อสถานประกอบการ..... **มหาวิทยาลัยบูรพา**

เลขที่บัญชี **10-9000442-7** ลำดับที่สาขา

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง โดยทำเครื่องหมาย ในช่องข้อมูลเดิมและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง	<input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ อื่น ๆ
2.	ชื่อ	
3.	ชื่อสกุล	
4.	หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			
	- เลขประจำตัวประชาชน	[.....]	[.....]	
	- เลขหนังสือเดินทาง	[.....]	[.....]	
	- เลขใบอนุญาตทำงาน คนต่างด้าว	[.....]	[.....]	
5.	- สถานภาพครอบครัว	<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	
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิด ทุกคน	<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน เกิด ปี พ.ศ. [.....] เกิด ปี พ.ศ. [.....] เกิด ปี พ.ศ. [.....] เกิด ปี พ.ศ. [.....]	
6.	- ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิด ของบุตรที่เพิ่ม สภาพร่างกาย	<input type="checkbox"/> เพิ่มจำนวนบุตร	เกิด ปี พ.ศ. [.....] เกิด ปี พ.ศ. [.....]	
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- คำแนะนำ**
- ผู้ลงชื่อในแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน เป็นเจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจหรือผู้ลงชื่อในแบบเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 โดยให้แจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคม
 - แจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ให้ครบถ้วนและถูกต้อง
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าคำนำหน้านาม เช่น นาย และกรอก ชื่อ-ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม วัน เดือน ปีเกิด ที่ถูกต้องและใช้อยู่ในปัจจุบัน
3. กรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา ของผู้ประกันตนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน
4. ให้กรอกรายละเอียดข้อมูลเดิมของผู้ประกันตน แล้วกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจุบันในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ตัวอย่าง นางสาวสมศรี มีความสุข ขอเปลี่ยนชื่อเป็น สมหวัง และขอแก้ไขชื่อสกุลเป็น ร่ำรวย เนื่องจากสมรส และแจ้งเปลี่ยนแปลงสถานภาพครอบครัว และบุตรจำนวน 4 คน เกิด ปี พ.ศ. 2553 (อายุ 7 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2556 (อายุ 4 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2558 (อายุ 2 ปี) และเกิด ปี พ.ศ. 2559 (อายุ 1 ปี)

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	<input type="checkbox"/> นาย <input checked="" type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง	นาง	<input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
2.	ชื่อ	สมศรี	สมหวัง	<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง
3.	ชื่อสกุล	มีความสุข	ร่ำรวย	<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
4.	หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์
	- เลขประจำตัวประชาชน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
	- เลขหนังสือเดินทาง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	- เลขใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	- สถานภาพครอบครัว	<input checked="" type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	สมรส	
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิดทุกคน	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน เกิด ปี พ.ศ. <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="8"/> เกิด ปี พ.ศ. <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="9"/>	

- ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

ตัวอย่าง กรณีนาย ข. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกเมื่อปี 2550 ได้แจ้งจำนวนบุตร 1 คน เกิดปี พ.ศ. 2552 ต่อมาในปี 2559 ได้มีบุตรเพิ่มอีก 1 คน จึงได้ขอแจ้งจำนวนบุตรเพิ่ม การกรอกจำนวนบุตรให้กรอกบุตรที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
	- ให้กรอกปี พ.ศ.เกิด ของบุตรที่เพิ่ม	<input checked="" type="checkbox"/> เพิ่มจำนวนบุตร	เกิด ปี พ.ศ. <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="9"/>

ตัวอย่าง กรณีนาย ค. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกระบุสภาพร่างกาย ปกติ แต่ต่อมาได้รับความพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุความพิการประเภทที่ 1 ทางกรมมองเห็น และยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมเมื่อครั้งให้ข้อมูลว่าสภาพร่างกาย ปกติ ให้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพร่างกายด้วย

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
6.	สภาพร่างกาย	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input checked="" type="checkbox"/> พิการ ประเภท <input checked="" type="checkbox"/> 1. การมองเห็น <input type="checkbox"/> 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย <input type="checkbox"/> 3. การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> 4. ทางจิตใจพฤติกรรม <input type="checkbox"/> 5. ทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> 6. ทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> 7. ออทิสติก	<input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์