



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สำนักงานประกันสังคม

1 ข้อมูลนายจ้าง																	
ชื่อสถานประกอบการ..... TGI	เลขที่บัญชี <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											ลำดับสาขา <table><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0												
วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน 21 เม.ย. 2562	ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☒ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ)																
2 ข้อมูลผู้ประกันตน																	
2.1 ☐ ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง 1..... 2.....																	
2.2 ชื่อ นางสาว ทดสอบ ชื่อสกุล ทดสอบ สัญชาติ																	
เกิดวันที่ 17 เดือน ก.ค. ปี 2549																	
2.3 เลขประจำตัว/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว) <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
2.4 สถานภาพครอบครัว ☒ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่																	
☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
2.5 สภาพร่างกาย ☐ ปกติ ☐ พิการ แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์																	
ระบุประเภทความพิการ ☐ 2.1 ทางการมองเห็น ☐ 2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 2.3 ทางความเคลื่อนไหว ☐ 2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม																	
☐ 2.5 ทางสติปัญญา ☐ 2.6 ทางการเรียนรู้ ☐ 2.7 ออทิสติก																	
2.6 สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร ดังนี้																	
☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....หรือ																	
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....																	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ																	
<table><tr><td>ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)</td><td>ลงชื่อ นายจ้าง (.....) ตำแหน่ง วันที่ 7 ม.ค. 2020</td></tr></table>		ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)	ลงชื่อ นายจ้าง (.....) ตำแหน่ง วันที่ 7 ม.ค. 2020														
ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)	ลงชื่อ นายจ้าง (.....) ตำแหน่ง วันที่ 7 ม.ค. 2020																
3 ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล																	
☐ มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ..... เปาโล																	
☐ ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ																	
☐ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล																	
ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล																	
☐ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ลำดับที่ 1..... ลำดับที่ 1.....																	
ลำดับที่ 2..... ลำดับที่ 2.....																	
ลำดับที่ 3..... ลำดับที่ 3.....																	
ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูลการเลือก																	
สถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์																	
ลงชื่อ ผู้ประกันตน (..... ทดสอบ ทดสอบ) วันที่																	
สำหรับเจ้าหน้าที่																	
เลขที่บัตรประกันสังคม <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ																	
☐ ไม่สมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล.....																	
ลงชื่อ (ผู้รับแบบ)/เจ้าหน้าที่ (.....) วันที่																	



แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สำนักงานประกันสังคม

1 ข้อมูลนายจ้าง	
ชื่อสถานประกอบการ.....TG1.....	เลขที่บัญชี.....
เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล.....	ลำดับสาขา.....000000
วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน.....19 ม.ค. 2562.....	ประเภทการจ้าง.....รายวัน..... ☒ รายเดือน..... ☐
2 ข้อมูลผู้ประกันตน	
2.1 ☐ ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน.....ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง.....1.....2.....	
2.2 ชื่อ.....นาย ทดสอบ2.....ชื่อสกุล.....ทดสอบ2.....สัญชาติ.....	
เกิดวันที่.....21.....เดือน.....พ.ค.....ปี.....2503.....	
2.3 เลขประจำตัว/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว).....	1111122232145
2.4 สถานภาพครอบครัว..... ☒ 1. โสด..... ☐ 2. สมรส..... ☐ 3. หม้าย..... ☐ 4. หย่า..... ☐ 5. แยกกันอยู่..... ☐ ไม่มีบุตร..... ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ.....ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ..... ☐ ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ.....	
2.5 สภาพร่างกาย..... ☐ ปกติ..... ☐ พิการ..... ระบุประเภทความพิการ..... ☐ 2.1 ทางการมองเห็น..... ☐ 2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย..... ☐ 2.3 ทางความเคลื่อนไหว..... ☐ 2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม..... ☐ 2.5 ทางสติปัญญา..... ☐ 2.6 ทางการเรียนรู้..... ☐ 2.7 ออทิสติก.....	
2.6 สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร.....ดังนี้..... ☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....หรือ..... ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ	
ประทับตรา.....ลงชื่อ.....นายจ้าง..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....7 ม.ค. 2020.....	
3 ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล	
☐ มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ..... ☐ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล..... ☐ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล.....ลำดับที่ 1.....ลำดับที่ 2.....ลำดับที่ 3.....	☐ ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ..... ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล.....ลำดับที่ 1.....ลำดับที่ 2.....ลำดับที่ 3.....
ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์..... ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน..... (.....ทดสอบ2 ทดสอบ2.....) วันที่.....	
สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่บัตรประกันสังคม..... ☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ..... ☐ ไม่สมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล..... ลงชื่อ.....(ผู้รับแบบ)/เจ้าหน้าที่..... (.....) วันที่.....	