

- รองการบริหาร และกิจการทรัพย์สิน
- รองวิชาการวิจัย และนวัตกรรม
- รองฯแผนยุทธศาสตร์ และทรัพยากรมนุษย์
- รองฯกิจการนักศึกษา และศิษย์เก่าสัมพันธ์
- รองฯกิจการสภา
- อธิการบดี

๐๐๓๐/ว.๓๓๐



สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
บริเวณศาลากลางจังหวัด

ปฏิญญาการทำงานของ มรส.  
1. เรื่องปกติดำเนินการแล้วเสร็จ ภายใน 1 วัน  
2. เรื่องซับซ้อนดำเนินการแล้วเสร็จ ภายใน 2 วัน  
3. นอกเหนือจากนี้ เรื่องที่ต้องตัดสินใจรับ ข้อบัญญัติเพิ่มเติม  
2023  
วันที่ 28/01/2564  
อำเภอเมือง ๘๕๐๐๐  
14-17

๒๒ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือแจ้งผู้ประกันตนเปลี่ยนวิธีรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการพร้อมเพย์ โดยผูกกับเลขบัตรประจำตัวประชาชน

เรียน นายจ้างตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแจ้งความจำนงเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร

ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรเมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือนภายในระยะเวลา ๓๖ เดือนก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน โดยเหมาจ่ายเดือนละ ๘๐๐ บาทต่อบุตรหนึ่งคน (ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔) สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งมีอายุไม่เกิน ๖ ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน ๓ คน นั้น

บัดนี้ สำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาการจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร โดยเพิ่มช่องทางการให้บริการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการพร้อมเพย์เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการรับเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว โดยผู้ประกันตนดำเนินการลงทะเบียนพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนกับธนาคารที่ผู้ประกันตนเปิดบัญชีได้ \*\*\* กรณีผู้ประกันตนใช้เบอร์โทรศัพท์มือถือผูกกับบัญชีธนาคารที่สมัครใช้บริการพร้อมเพย์ จะไม่สามารถโอนเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ได้\*\*\* ดังนั้น เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอความร่วมมือท่านแจ้งผู้ประกันตนที่เคยใช้สิทธิอยู่เดิม ยื่นแบบแจ้งความจำนงขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร จากเดิมรับโอนเงินสงเคราะห์บุตรผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นผ่านบริการพร้อมเพย์โดยผูกกับเลขบัตรประจำตัวประชาชน ตามแบบที่ส่งมาด้วย โดยยื่นได้ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ ๑๐๐/๒ ภายในบริเวณศาลากลางจังหวัด ถนนดอนนก ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๕๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรารุช สุขสุวรรณค์)  
ประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ส่วนงานสิทธิประโยชน์

โทร.๐-๗๗๒๘-๒๒๘๓, ๐-๗๗๒๗-๓๘๔๑ ต่อ ๓๑๑

โทรสาร ๐-๗๗๒๘-๘๒๘๓

## แบบแจ้งความจำนงเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันเป็นพนักงาน  
บริษัท..... เลขที่บัญชีนายจ้าง.....  
มีความประสงค์ขอเปลี่ยนเป็นวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการ “พร้อมเพย์” โดยใช้  
เลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ผูกกับบัญชีธนาคาร.....  
ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนแล้วเมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรุณกรอกข้อความและลงลายมือชื่อในแบบแจ้งความประสงค์ข้างต้น พร้อมส่งคืนสำนักงานประกันสังคม  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ ๑๐๐/๒ บริเวณศาลากลางจังหวัด ถนนดอนนก ตำบลตลาด อำเภอเมือง  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐