



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... สำนักบริหารกลาง กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐.๒๐๑๖ ๘๘๘๘ ต่อ ๔๒๒๐

ที่ กษ ๐๔๐๑/จ ๘๘๖

วันที่ ๑๕

กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร ผ่านบริการพร้อมแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/ผู้อำนวยการศูนย์/ผู้อำนวยการสำนักงาน/ผู้อำนวยการกอง/หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน/  
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้พัฒนาการจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร เป็นการโอนเงินให้ผู้ประกันตน โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ได้มีการผูกกับบัญชีธนาคารที่สมัครใช้บริการ “พร้อมแพทย์” ได้ทุกธนาคารแทนการยื่นสำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร **\*\*\*กรณีผู้ประกันตนที่สมัครใช้บริการพร้อมแพทย์ โดยใช้เบอร์โทรศัพท์มือถือผูกกับบัญชีธนาคารจะไม่สามารถโอนเงินผ่านบริการพร้อมแพทย์ได้\*\*\*** นั้น

ในการนี้ ผู้ประกันตนสามารถแสดงความจำนงขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตร ผ่านระบบพร้อมแพทย์ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครเขตพื้นที่ ๑ โดยดำเนินการ ดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนสามารถแสดงความจำนงขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตร ผ่านบริการพร้อมแพทย์ โดยระบุวิธีการรับเงินในแบบคำขอรับเงินประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม (สปส.๒-๐๑) เป็นกรณีพร้อมแพทย์ **\*\*\*โดยมีการผูกบัญชีธนาคารด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว\*\*\***

๒. กรณีผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิอยู่เดิม ขอให้เปลี่ยนวิธีการรับเงินเป็นบริการพร้อมแพทย์โดยแจ้งความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครเขตพื้นที่ ๑ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งพนักงานราชการในสังกัดทราบ

(นางสาวสิริวรรณ คุหาสวัสดิ์)  
ผู้อำนวยการสำนักบริหารกลาง



กรมการบัญชีการคลัง  
เลขที่ กงก๑  
วันที่ ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕  
เวลา ๑๕.๒๗ น.

ที่ รง ๐๖๑๓/ว ๐๒๑๓

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑  
อาคารกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ชั้น ๔  
ถ.อัษฎางค์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐

๒๘ พ.ค. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร ผ่านบริการพร้อมเพย์

เรียน กรรมการผู้จัดการ/หุ้นส่วนผู้จัดการ/เจ้าของกิจการ/ผู้ประกันตนมาตรา ๓๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดงความจำนงเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้พัฒนาการจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร เป็นการโอนเงินให้กับผู้ประกันตน โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ได้มีการผูกกับบัญชีธนาคารที่สมัครใช้บริการ “พร้อมเพย์” ได้ทุกธนาคารแทนการยื่นสำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร **\*\*\*กรณีผู้ประกันตนที่สมัครใช้บริการพร้อมเพย์ โดยใช้เบอร์โทรศัพท์มือถือผูกกับบัญชีเงินฝากธนาคารจะไม่สามารถโอนเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ได้\*\*\*** ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถแสดงความจำนงขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร ผ่านบริการพร้อมเพย์ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑ โดยดำเนินการดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนยื่นขอใช้สิทธิครั้งแรก ให้แจ้งความจำนงรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการพร้อมเพย์ โดยระบุวิธีการรับเงินในแบบคำขอรับเงินประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม (สปส.๒-๐๑) เป็นกรณีพร้อมเพย์ **\*\*\*โดยมีการผูกบัญชีธนาคารด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว\*\*\***

๒. กรณีผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิอยู่เดิม ขอให้เปลี่ยนวิธีการรับเงินเป็นบริการพร้อมเพย์ โดยแจ้งความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑ และสามารถส่งผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ หรือทางโทรสารหมายเลข ๐๒ ๖๒๒๒๕๒๖ ทั้งนี้ท่านสามารถดาวน์โหลดเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วยทางคิวอาร์โค้ด (QR Code) และกลุ่มไลน์ (Line) ที่ปรากฏด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนิยาพร ลิ้มปะพันธุ์)

ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานภาค ๑ ปฏิบัติหน้าที่  
ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑

กรมการบัญชีการคลัง



ส่วนงานสิทธิประโยชน์

โทรศัพท์ ๐ ๒๖๒๒ ๒๕๐๐-๑๔

โทรสาร ๐ ๒๖๒๒ ๒๕๒๖

ใช้ในการส่งเอกสาร แบบแจ้งเปลี่ยนการรับเงิน  
สงเคราะห์บุตร(พร้อมเพย์)

## แบบแสดงความจำนงเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตรเป็นบริการพร้อมเพย์ ดังนี้

ประสงค์ใช้บัญชีเดิม ซึ่งได้สมัครใช้บริการพร้อมเพย์ โดยมีการผูกบัญชีธนาคาร  
ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว

ขอเปลี่ยนบัญชีธนาคารใหม่ ซึ่งเป็นบัญชีธนาคารที่สมัครใช้บริการ “พร้อมเพย์”  
โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน คือธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่...../...../.....

กรุณากรอกข้อความ พร้อมลงลายมือชื่อในแบบแสดงความจำนงเปลี่ยนวิธีการรับเงินฯ ข้างต้น  
พร้อมส่งคืนสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๑ (ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔)  
อาคารกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ชั้น ๔  
ถนนรัชฎางค์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐