



องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

เลขรับ ๘๑๑/๖๔

วันที่ ๒๑ มี.ค. ๖๔

เวลา ๗.๐๐ น.

ที่ ขย ๐๐๓๑/ว๓๓๔

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ

ถนนองค์การฯ สาย ๒ ขย ๓๖๐๐๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง การยื่นขอเงินคืนกรณีลดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม สำหรับนายจ้างและผู้ประกันตน
ตามประกาศเขตพื้นที่สาธารณสุขภัย (กรณีอุทกภัย)

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายจ้างตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

อ้างถึง หนังสือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ ที่ ขย ๐๐๓๑/ว๓๓๕ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. QR Code แบบคำขอรับเงินคืน (สปส.๑-๒๓/๑)

๒. QR Code แบบบัญชีรายชื่อกรณีลดอัตราเงินสมทบ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๔) (สปส.๑-๒๓/๑ (๑))

๓. QR Code หนังสือมอบอำนาจ (ขอรับเงินคืนกรณีอุทกภัย) (สปส.๑-๒๓/๑ (๒))

๔. คำชี้แจงในการขอรับเงินคืน กรณีลดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม สำหรับนายจ้าง
และผู้ประกันตนตามประกาศเขตพื้นที่สาธารณสุขภัย (กรณีอุทกภัย)

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ ได้แจ้งเรื่องการขยายเวลา
การนำส่งเงินสมทบและการลดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม เป็นระยะเวลา ๖ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓
ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ นำส่งเงินสมทบนายจ้างและผู้ประกันตน ฝ่ายละ ร้อยละ ๓ ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นั้น

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ ได้ตรวจสอบข้อมูลการนำส่งเงินสมทบในเบื้องต้นพบว่า
ท่านนำส่งเงินสมทบเกินจำนวนที่ต้องชำระ จึงขอให้ท่านยื่นคำขอรับเงินคืนและเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา
ตามรูปแบบและรายละเอียดที่กำหนด ได้ ณ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ ๒๕๑/๗ หมู่ ๔ ถนนองค์การ
บริหาร ส่วนจังหวัด สาย ๒ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ๓๖๐๐๐ หรือส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
e-mail : saraban_chaiyaphum@ssso.go.th โดยท่านสามารถสแกน QR CODE แบบฟอร์มเอกสารตามแนบท้ายหนังสือฉบับนี้

อนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ ต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย หากท่านได้ยื่นแบบขอรับเงินคืน
ก่อนที่จะได้รับหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริพงษ์ สนิทวงศ์ชัย)

นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ

ส่วนงานเงินสมทบและการตรวจสอบ

โทร. ๐ ๔๔๘๑ ๑๙๘๑-๒ ต่อ ๒๓,๒๕

โทรสาร ๐ ๔๔๘๒ ๑๙๘๘, ๐ ๔๔๘๑ ๘๑๑๐

ผู้ประสานงาน นางสาวสมลักษณ์ คุณทรัพย์ และนางสาวทิพาพร ดีพิมพ์เดื่อ

เรียน นายก อบต.บ้านไร่

☉ เพื่อโปรดทราบ

แจ้ง.....

☉ เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นางสาววลินดา จังโกฏ)

เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน



นางภักธิมา เหมธรรมา

หัวหน้าสำนักงานปลัด



(นายศุภกฤษ ฐานเจริญ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

โปรดสั่งการ: 

(นายมนตรี สดายุวัฒน์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่



นายกรณัล เซตจันทิก

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

เอกสารแนบท้าย



แบบสปส.๑-๒๓/๑
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑



แบบสปส.๑-๒๓/๑(๑)
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒



หนังสือมอบอำนาจ
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔

คำชี้แจงในการขอรับเงินคืน กรณีลดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม สำหรับนายจ้างและผู้ประกันตน
ตามประกาศเขตพื้นที่สาธารณสุข (กรณีอุทกภัย)

๑. นายจ้างเป็นผู้ยื่นคำขอขอรับเงินคืน (สปส.๑-๒๓/๑) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

๑.๑ กรณีนิติบุคคล

- ๑.๑.๑ สำเนาหนังสือรับรองไม่เกิน ๖ เดือน
- ๑.๑.๒ สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม
- ๑.๑.๓ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารกรุงศรี (ถ้ามี)

๑.๒ กรณีเจ้าของคนเดียว

- ๑.๒.๑ สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของกิจการ
- ๑.๒.๒ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารกรุงศรี (ถ้ามี)

๑.๓ กรณีหน่วยงานราชการ

- ๑.๓.๑ สำเนาบัตรข้าราชการหัวหน้าหน่วยงาน (หากไม่มีให้แนบสำเนาบัตรประชาชนและ
สำเนาคำสั่งแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยงานราชการ)
- ๑.๓.๒ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารกรุงศรี (ถ้ามี)

๒. ผู้ประกันตน (สปส.๑-๒๓/๑(๑))

ธนาคารที่สามารถโอนเงินได้ มีดังนี้ ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย
จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย ธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารอิสลามแห่ง
ประเทศไทย

****หากผู้ประกันตนไม่มีธนาคารตามที่แจ้งข้างต้น ให้ขอรับเงิน ณ สำนักงาน****

๓. หนังสือมอบอำนาจรับเงิน (สปส.๑-๒๓/๑(๒))

ใช้ในกรณีผู้ประกันตนไม่มีธนาคารตามที่แจ้งข้อ ๒



สำนักงานประกันสังคมจังหวัดชัยภูมิ

ถนนองค์การฯ สาย ๒ ต.ในเมือง

อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ๓๖๐๐๐

ที่ ขย ๐๐๓๑/ว ๓๓๔

เอกสารสำคัญ
(ไม่ถึงมือผู้รับ โปรดส่งคืน)

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาต ๘๔/๒๕๓๔
ไปรษณีย์ชัยภูมิ

3600R

3690001226 000000

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

หมู่ที่ 11

ต. บ้านไร่

อ. เทพสถิต ชัยภูมิ 36230