



กองการศึกษา

รับที่ 1531
วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๔
เวลา 11:50 16.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ โทร ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๗
ที่ ศก ๕๑๐๒๔/๓ ๑๗๖๓ วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงาน ผู้อำนวยการสำนักคลัง หัวหน้าสำนักปลัดฯ ผู้อำนวยการกองทุกกอง และหัวหน้า
หน่วยตรวจสอบภายใน

ด้วยสำนักงานประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตน
ในสังกัดเปลี่ยนแปลงการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร จากการรับเงินโอนผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร
เป็นผ่านบริการพร้อมเพย์ด้วยหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน โดยให้ผู้ประกันตนแจ้งความประสงค์ดังกล่าว
ตามแบบแจ้งความประสงค์ จึงขอให้ท่านแจ้งประชาสัมพันธ์พนักงานจ้างในสังกัดทราบ สำหรับกองการศึกษา
ศาสนาและวัฒนธรรม ให้แจ้งโรงเรียนในสังกัดทราบด้วย รายละเอียดปรากฏตามหนังสือสำนักงานประกันสังคม
จังหวัดศรีสะเกษ ที่ ศก ๐๐๓๐/๑๔๓ เรื่อง ขอความร่วมมือรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการ
พร้อมเพย์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นายไกรศักดิ์ วรรทัศน์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

เรียน ผู้อำนวยการกองการศึกษา
<input checked="" type="checkbox"/> เชื้อไปรดทราบและเห็นควรถือปฏิบัติ
<input checked="" type="checkbox"/> เชื้อไปรดพิจารณาและเห็นควรดำเนินการ
<input checked="" type="checkbox"/> ข้อเสนอเป็นคำสั่งสำนักงานจังหวัด
นางสาวศรณี อธิเนนพร

ในสังกัดทวออนไลน์

๒๗

๖ พ.ค. ๖๔

นางอัยนพร สุมาจักษ์

หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม

ข้อพิจารณา/สั่งการ
<input checked="" type="checkbox"/> ทราบและถือปฏิบัติ
<input type="checkbox"/> ทราบและดำเนินการ
<input checked="" type="checkbox"/> แจ้งให้ดำเนินการตามที่เสนอ
<input type="checkbox"/> สั่งการเพิ่มเติม

๖/๕

(นางอินทอร คันตร)

หัวหน้าฝ่ายบริหารการศึกษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม

๖ พ.ค. ๖๔

งค.ม.ว. / 29 เม.ย. 64
น.ค.ค. / 29 เม.ย. 64

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
รับที่..... ๕๑๗๖
วันที่..... 29 เม.ย. 2564
เวลา..... 10.00น



ที่ ศก ๐๐๓๐/๑๕๓

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ
ถ.โชติพันธ์ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

๒๓ เมษายน ๒๕๖๔

กองการเจ้าหน้าที่
รับที่ 265 เวลา 14.07น
วันที่ 29 เม.ย. 2564

เรื่อง ขอความร่วมมือรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการพร้อมแพทย์

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายจ้าง/เจ้าของกิจการ/ผู้ประกันตน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. บัญชีรายชื่อผู้ประกันตนรับผลประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร จำนวน ๑ ชุด
- ๒. แบบแจ้งความประสงค์ จำนวน ๑ ชุด

สำนักงานประกันสังคม เพิ่มช่องทางรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรผ่านบริการพร้อมแพทย์ด้วยหมายเลขบัตรประชาชน เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการรับเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีความโปร่งใส โดยผู้ประกันตนไม่ต้องยื่นสำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร กับสำนักงานประกันสังคมเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนดังกล่าว

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนของท่านเปลี่ยนแปลงการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร จากการรับเงินโอนผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นผ่านบริการพร้อมแพทย์ด้วยหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน โดยให้ผู้ประกันตนแจ้งความประสงค์ดังกล่าวตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ในกรณีที่ผู้ประกันตนยังมีได้ลงทะเบียนพร้อมแพทย์ให้นำสมุดบัญชีเงินฝากที่รับเงินประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและบัตรประจำตัวประชาชนไปติดต่อธนาคารเพื่อทำการลงทะเบียน หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามได้ที่ นางฐิติรัตน์ ศุภสร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๕ -๖๑๓๑๗๘ ต่อ ๑๐๒-๑๐๘,๑๔๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางนารี โกเจริญ)
ประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนงานสิทธิประโยชน์

โทร. ๐๔๕ ๖๑๓๑๔๔-๗๘ ต่อ ๑๐๒-๑๐๘,๑๔๐

โทรสาร ๐๔๕ ๖๔๓๕๙๖

การปฏิบัติ	
<input type="checkbox"/> สบ.	<input type="checkbox"/> กสส.
<input type="checkbox"/> สนค.	<input type="checkbox"/> กยง.
<input type="checkbox"/> สนค.	<input type="checkbox"/> กค.
<input type="checkbox"/> สนช.	<input checked="" type="checkbox"/> กง.
<input type="checkbox"/> นคค.	
☆ สบ.	
<input type="checkbox"/> อ.อ.	<input type="checkbox"/> อ.น.
<input type="checkbox"/> อ.ค.	<input type="checkbox"/> อ.ล.

บริการพร้อมแพทย์ด้วยหมายเลขบัตรประชาชนเท่านั้น



สำนักงานประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ

**ประกันสังคม เพิ่มช่องทางการให้บริการขอรับ
ประโยชน์ทดแทนกรณี “สงเคราะห์บุตร”**

ข่าวดี !!

ผ่านบริการ

**PromptPay
พร้อมเพย์**

**ผู้ประกันตนที่รับเงินกรณี
“สงเคราะห์บุตร”**

**1.) ลงทะเบียนพร้อมเพย์กับธนาคารที่เปิดบัญชีไว้
“ด้วยเลขประจำตัวบัตรประชาชน”**

**2.) ไม่ต้องยื่นสำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร
กับสำนักงานประกันสังคมในการขอรับประโยชน์**

**3.) เปลี่ยนแปลงการขอรับประโยชน์ทดแทนจากการ
โอนผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นบริการ “พร้อมเพย์”
ด้วยหมายเลขบัตรประชาชนได้ที่สำนักงานประกันสังคม
กรุงเทพมหานคร/จังหวัด/สาขาทั่วประเทศ**

**ธนาคารที่สมัครใช้บริการ
“พร้อมเพย์”**

- 1.ธนาคารกรุงไทย
- 2.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
- 3.ธนาคารกรุงเทพ
- 4.ธนาคารกสิวิทย์
- 5.ธนาคารอิสราเอล
- 6.ธนาคารทหารไทย
- 7.ธนาคารธนชาต
- 8.ธนาคารอิสลาม
- 9.ธนาคารไทยพาณิชย์
- 10.ธนาคาร อ.บ.บ.
- 11.ธนาคารออมสิน



ส่วนกลางแจ้งเบรคระบบ
โทร 045 811121 - 72
โทรสาร 045 811126

แบบแจ้งความอำนงเปลี่ยนวิธีการรับเงินกรณีสงเคราะห์บุตร

ความที่ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินเป็นบริการพร้อมเพย์ ดังนี้

๑.กรณีใช้บัญชีเดิม ซึ่งได้สมัครใช้บริการ พร้อมเพย์ โดยใช้เลขบัตรประชาชนที่ได้มีการผูกกับบัญชี

ธนาคารแล้ว เลขประจำตัวประชาชนแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒.กรณีเปลี่ยนบัญชีธนาคารใหม่ ซึ่งเป็นบัญชีธนาคารที่สมัครใช้บริการ “พร้อมเพย์” โดยใช้เลขประจำตัว

ประชาชน คือธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....



(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

33008N1-BHRP4700-1

สำนักงานประกันสังคม

วันที่ออกรายงาน 23/03/64 21.00.51

หน้า 2

รายชื่อผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรตามใบศักราชประกอบอาชีพ

เลขที่บัญชี 10-9000165-7 สาขา 000000

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัย

ลำดับที่	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	เลขรับแจ้ง	เลขประชาชนบุตร	วันบุตรครบ 6 ปี
รวม	มบค.	27	รวม		