



เลขประจำตัวประชาชน 1-9599-00327-00-4 เกิดวันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2535

(สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

ชื่อสถานประกอบการ..... อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่บัญชี 1 0 9 0 0 0 3 2 7 7 ลำดับที่สาขา 9 0 0 0 0 3

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อมูลเดิมและกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง		☒ สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัว
2.	ชื่อ			หรือชื่อสกุล
3.	ชื่อสกุล	 อรัทัย	 ศรชัย	☒ สำเนาทะเบียนสมรส
4.	เลขประจำตัวประชาชน/ หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			☐ สำเนาทะเบียนหย่า ☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ สำเนาทะเบียนหอการค้า ☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์
5.	- สถานภาพครอบครัว - บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิด ทุกคน - ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิด ของบุตรที่เพิ่ม	☒ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่ ☐ ไม่มีบุตร ☐ เพิ่มจำนวนบุตร	 สมรส..... บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน...คน เกิด ปี พ.ศ. เกิด ปี พ.ศ. เกิด ปี พ.ศ. เกิด ปี พ.ศ. เกิด ปี พ.ศ.	☐ สำเนาหนังสือเดินทาง ☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ ☐ อื่น ๆ
6.	สภาพร่างกาย	☐ ปกติ ☐ พิการ ประเภท ☐ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจ/พฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทักษะการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	☐ ปกติ ☐ พิการ ประเภท ☐ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจ/พฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทักษะการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำแนะนำ

1. ผู้ลงชื่อในแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน เป็นเจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจหรือผู้ลงชื่อในแบบเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 โดยให้แจ้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคม
2. แจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

(คำแนะนำในการกรอกแบบตูด้านหลัง)

คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ให้ครบถ้วนและถูกต้อง
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าคำนำหน้านาม เช่น ☒ นาย และกรอก ชื่อ-ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม วัน เดือน ปีเกิด ที่ถูกต้องและใช้อยู่ในปัจจุบัน
3. กรอกชื่อสถานประกอบการพร้อมเลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา ของผู้ประกันตนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน
4. ให้กรอกรายละเอียดข้อมูลเดิมของผู้ประกันตน แล้วกรอกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจุบันในช่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

ตัวอย่าง นางสาวสมศรี มีความสุข ขอเปลี่ยนชื่อเป็น สมหวัง และขอแก้ไขชื่อสกุลเป็น ร่ำรวย เนื่องจากสมรส และแจ้งเปลี่ยนแปลงสถานภาพครอบครัว และบุตรจำนวน 4 คน เกิด ปี พ.ศ. 2553 (อายุ 7 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2556 (อายุ 4 ปี) เกิด ปี พ.ศ. 2558 (อายุ 2 ปี) และเกิด ปี พ.ศ.2559 (อายุ 1 ปี)

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
1.	คำนำหน้านาม	☐ นาย ☒ นางสาว ☐ นาง	นาง	☒ สำเนาทะเบียนเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุล ☒ สำเนาทะเบียนสมรส ☐ สำเนาทะเบียนหย่า ☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง ☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว ☐ อื่นๆ
2.	ชื่อ	สมศรี	สมหวัง	
3.	ชื่อสกุล	มีความสุข	ร่ำรวย	
4.	เลขประจำตัวประชาชน/ หลักฐานที่ขึ้นทะเบียน			
5.	- สถานภาพครอบครัว	☒ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า	สมรส	
	- บุตร กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี ให้กรอก ปี พ.ศ. เกิดทุกคน	☐ 5. แยกกันอยู่ ☒ ไม่มีบุตร	บุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน เกิด ปี พ.ศ. 2 5 5 6 เกิด ปี พ.ศ. 2 5 5 8 เกิด ปี พ.ศ. 2 5 5 9	

- ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

ตัวอย่าง กรณีนาย ข. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกเมื่อปี 2550 ได้แจ้งจำนวนบุตร 1 คน เกิดปี พ.ศ. 2552 ต่อมาในปี 2559 ได้มีบุตรเพิ่มอีก 1 คน จึงได้ขอแจ้งจำนวนบุตรเพิ่ม การกรอกจำนวนบุตรให้กรอกบุตรที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
	- ให้กรอกปี พ.ศ.เกิด ของบุตรที่เพิ่ม	☒ เพิ่มจำนวนบุตร	เกิด ปี พ.ศ. 2 5 5 9

ตัวอย่าง กรณีนาย ค. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนครั้งแรกระบุสภาพร่างกาย ปกติ แต่ต่อมาได้รับความพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุความพิการประเภทที่ 1 ทางการมองเห็น และยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมเมื่อครั้งให้ข้อมูลว่าสภาพร่างกาย ปกติ ให้แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพร่างกายด้วย

ลำดับที่	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง	เอกสารที่แนบ
6.	สภาพร่างกาย	☒ ปกติ ☐ พิการ ประเภท ☐ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	☐ ปกติ ☒ พิการ ประเภท ☒ 1. การมองเห็น ☐ 2. การได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 3. การเคลื่อนไหว ☐ 4. ทางจิตใจพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ออทิสติก	☒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ เอกสารรับรองความพิการจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์