



โครงการประชุมชี้แจงให้ความรู้งาน ประกันสังคม ประจำปี 2563

สำนักงานประกันสังคม
จังหวัดระยอง



ภารกิจหลัก

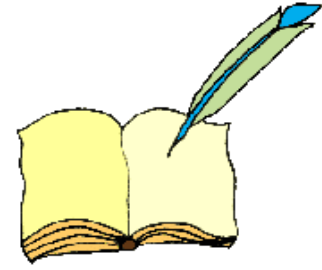


บริหารจัดการสองกองทุน

กองทุนประกันสังคม

กองทุนเงินทดแทน

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง



พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ. 2558

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

ให้นายจ้างที่มีลูกจ้างทำงานอยู่ในทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักร
ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป มีหน้าที่ขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบ
กองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม



การจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคม

- “มาตรา 47 ให้นายจ้างหักค่าจ้างของผู้ประกันตนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามจำนวนที่จะต้องนำส่งเป็นเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๖ และให้ถือว่าผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแล้วตั้งแต่วันถึงกำหนดจ่ายค่าจ้าง
- ให้นายจ้างนำเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนที่ได้หักไว้ตามวรรคหนึ่ง และเงินสมทบในส่วนของนายจ้างส่งให้แก่สำนักงาน ภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบไว้ พร้อมทั้งยื่นแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ ทั้งนี้ ตามแบบและวิธีการที่เลขาธิการประกาศกำหนด”



- อัตราร้อยละ **5** ต่อเดือน ของเงินค่าจ้าง
- ค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ
- ค่าจ้างที่จ่ายจริงแต่ไม่ต่ำกว่า **1,650** บาท และไม่เกิน **15,000** บาท





สำนักงานประมงจังหวัด

สปส.1-10 ส่วนที่ 1

แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ชื่อสาขา (ถ้ามี).....

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่/สาขา.....

.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

การนำส่งเงินสมทบสำหรับค่าจ้างเดือน..... พ.ศ.....		
รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
1. เงินค่าจ้างทั้งสิ้น		
2. เงินสมทบคู่ประกันตน		
3. เงินสมทบนายจ้าง		
4. รวมเงินสมทบที่นำส่งทั้งสิ้น		
(.....)		
5. จำนวนคู่ประกันตนที่ส่งเงินสมทบ		คน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้เป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ

พร้อมนี้ได้แนบ

☐ รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ จำนวน.....แผ่น หรือ☐ สื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน.....แผ่น☐ อินเทอร์เน็ต☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ยื่นแบบวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

เลขที่บัญชี

ลำดับที่สาขา

อัตราเงินสมทบร้อยละ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ชำระเงินวันที่.....
 เงินเพิ่ม (ถ้ามี).....บาท.....สตางค์
 ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/หน่วยบริการ

ชำระเงินวันที่.....
 ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....
 ประทับตราธนาคาร/
 หน่วยบริการ
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....



การชำระเงินสมทบ

- **1.ชำระด้วยตนเอง เงินสด หรือ เช็ค**
- สำนักงานฯ พื้นที่/จังหวัด/สาขา ทั่วประเทศ
- ธนาคารกรุงไทย จำกัด หรือ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา หรือธนาคาร
ธนชาติ จำกัด
- นำแบบส่งเงินสมทบ(สปส**1-10**)ไปด้วยทุกครั้ง
- **2.ชำระทางธนาคารฯ** ส่งจ่ายในนาม “สำนักงานประกันสังคมพื้นที่/
จังหวัด/สาขาที่รับผิดชอบ”
- **3. e-payment**



- มาตรา **49** นายจ้างซึ่งไม่นำส่งเงินสมทบในส่วนของตนหรือในส่วนของผู้ประกันตน หรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนด ตามมาตรา **47** ต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่นายจ้างยังมิได้นำส่งหรือของจำนวนเงินสมทบที่ยังขาดอยู่นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ ทั้งนี้ เงินเพิ่มที่คำนวณได้ต้องไม่เกินจำนวนเงินสมทบที่นายจ้างต้องจ่าย”

การเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

- มาตรา **44** ในกรณีที่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อความในแบบรายการที่ได้ยื่นไว้ต่อสำนักงานเปลี่ยนแปลงไป ให้นายจ้างแจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด เพื่อขอเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มี
การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เช่น เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ ที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม หรือผู้รับมอบอำนาจหยุด/เลิกกิจการ ฯลฯ



แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง (สปส.6-15)

สปส.6-15



สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ / -
วันที่รับ

ชื่อสถานประกอบการ ☐ บริษัท ☐ ห้างหุ้นส่วน ☐ บุคคลธรรมดา.....
 เลขที่บัญชี - - ลำดับที่สาขา
 ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ ☐ ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงรวมทั้ง
 กรอกรายละเอียดเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)

☐ 1. ย้ายสถานประกอบการ.....
 ไปอยู่ที่ : เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

☐ 2. หยุดกิจการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
 เนื่องจาก

☐ 3. เลิกประกอบกิจการ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ 4. เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ ☐ 5. เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ ☐ 6. เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ
 จากเดิม.....
 เปลี่ยนเป็น.....
 เอกสารแนบ ☐ หนังสือมอบอำนาจ

☐ 7. เพิ่มจำนวนสาขา ชื่อสาขา (ถ้ามี)..... ตั้งแต่วันที่.....
 ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ นำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....
 ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง.....คน
 (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก ลำดับที่สาขา)

☐ 8. ยกเลิกสาขา ลำดับที่สาขา
 ตั้งแต่วันที่..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 ครั้งสุดท้ายนำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

☐ 9. เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา ลำดับที่สาขา
 ตั้งแต่ค่าจ้างประกันเดือน..... พ.ศ.
 จากเดิมสำนักงานประกันสังคม..... เป็นสำนักงานประกันสังคม.....

☐ 10. รายการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ.....

รายการที่แจ้งไว้เดิม	เปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็น

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)



ลงชื่อ.....นายจ้าง
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

การจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

- อัตราร้อยละ **0.2 – 1.0** ของเงินค่าจ้าง
- ค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ
- ค่าจ้างที่จ่ายจริง ไม่ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ และไม่เกิน **20,000** บาท
- เงินสมทบประจำปี ชำระภายในเดือนมกราคมของทุกปี
- เงินสมทบจากการรายงานค่าจ้าง หรือจากการตรวจบัญชี ชำระตามกำหนดเวลาในใบแจ้ง



การจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

- ใบแจ้งเงินสมทบ แบ่งเป็น **3** ประเภท
- **1.**ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี
กท.**26** ก
- **2.**ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี กองทุนเงิน
ทดแทน กท.**25** ค
- **3.**ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี(กองทุนเงิน
ทดแทน) กท.**25** ก



ใบแจ้งการประเมินเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนประจำปี กท 26 ก

- ประกอบด้วย **3** ส่วนดังนี้
- ส่วนที่ **1** แจ้งการประเมินเงินสมทบ กท.26 ก
- ส่วนที่ **2** แบบแสดงเงินค่าจ้างประจำปี กท. 20 ก
- ส่วนที่ **3** ใบชำระเงินสมทบ ยื่นชำระเงิน





สำนักงานประกันสังคม ระยะของ
Social Security Office

แบบแสดงเงินค่าจ้างประจำปีกองทุนเงินทดแทน

กท. 20 ก

ชื่อ บริษัท จำกัด เลขที่บัญชี

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงิน สมทบร้อยละ	เงินสมทบ
ม.ค.-ธ.ค.	1004		รับซ่อมรถยนต์นอกสถานที่		0.60	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นเอกสาร (ประทับตรา)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

โทรศัพท์.....

* ไม่ประสงค์ยื่นสำนักงานประกันสังคม ภายในเดือนกุมภาพันธ์

กท. 20 ก

โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลัง



ใบแจ้งเงินสมทบจากการรายงานค่าจ้างประจำปี กองทุนเงินทดแทน กท.25 ค

- สำนักงานฯ คำนวณเงินสมทบจากแบบแสดงเงินค่าจ้าง กท. 20 ก ที่นายจ้างแจ้ง
- ผลต่างเงินสมทบที่สำนักงานฯ ประเมินต่ำกว่าใบรายงาน
- นายจ้างจ่ายเพิ่มเติม ภายใน วันที่ 31 มีนาคม
- ผลต่าง เท่ากับ/สูงกว่าเงินสมทบที่นายจ้างรายงาน สำนักงานฯ ตรวจสอบความถูกต้อง



ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กองทุนเงินทดแทน)

กท.25 ก

- หยุด/เลิก กิจการ
- โอน/แปรสภาพ/ล้มละลาย
- ขึ้นทะเบียนย้อนหลัง
- ผลต่างจากการประเมินสูงกว่าใบรายงานค่าจ้าง (กท.20 ก)
- ผลต่างจากการประเมินเท่ากับใบรายงานค่าจ้าง (กท.20 ก)



นายจ้างส่งเอกสารให้สำนักงานฯ ตรวจสอบ

- -ทะเบียนจ่ายค่าจ้าง หรือ หลักฐานการจ่ายค่าจ้าง
- -ภงด.1 , ภงด.1ก , ภงด.50 , งบการเงิน
- -ภงด.3 , ภงด.53



ผลการตรวจสอบบัญชีค่าจ้าง

- รายงานค่าจ้างภายในกำหนด
- ผลต่าง จ่ายเพิ่มเติม ภายใน **30** วันนับแต่วันออกใบแจ้ง
- ไม่รายงาน/รายงานเกินกำหนด
- ผลต่าง จ่ายเพิ่มเติม ภายใน วันที่ **31** มีนาคม
- ผลต่าง เท่าเดิม/คืนเงิน



การชำระเงินสมทบ

- 1.ชำระด้วยตนเอง เงินสด หรือ เช็ค
- สำนักงานฯ พื้นที่/จังหวัด/สาขา ทั่วประเทศ
- ธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) หรือ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
- บริษัท เคาน์เตอร์เชอร์วิส จำกัด
- บ. เอก-ชัย ดิสทริบิวชั่น ซิสเทม จก (TESCO LOTUS)
- นำใบแจ้งเงินสมทบไปด้วยทุกครั้ง
- 2.ชำระทางธนาคารอิเล็กทรอนิกส์ ส่งจ่ายในนาม “สำนักงานประกันสังคมพื้นที่/จังหวัด/สาขาที่รับผิดชอบ”



- 3.ชำระด้วยเช็ค
- เป็นเช็คของสถานประกอบการ ไม่ใช่เช็คส่วนตัว ไม่ลงวันที่ล่วงหน้า และไม่เป็นเช็คต่างจังหวัด
- เป็นเช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย”เงินกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมพื้นที่/จังหวัด/สาขา... บัญชีที่ 1” หรือ
- “สำนักงานประกันสังคมพื้นที่/จังหวัด/สาขา...” หรือ
- “เงินกองทุนเงินทดแทน” หรือ”WORKMEN,S Compensation Fund” และขีดฆ่าคำว่า “ผู้ถือ” ออก



การจ่ายเงินเพิ่มตามกฎหมาย

- นายจ้างที่ไม่จ่ายเงินสมทบภายในกำหนดเวลา ต้องชำระเงินเพิ่มตามกฎหมาย อีกร้อยละ **2** ต่อเดือนของเงินสมทบที่ค้างชำระ

การรับเงินสมทบคืน

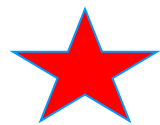
- นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ นำหลักฐานการรับเงินสมทบคืน
- ยื่นต่อเจ้าหน้าที่
- ไม่รับคืน นำไปหักกับเงินสมทบในปีถัดไป



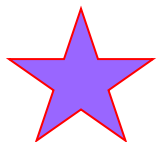
- กรณีนายจ้างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนที่สงสัยว่า
เป็นค่าจ้างที่ต้องนำมาคำนวณเงินสมทบหรือไม่ ให้นายจ้างทำ
หนังสือขอหารือได้
- ที่สำนักงานประกันสังคมตามที่ตั้งของนายจ้าง หรือ
- ที่กองกฎหมาย สำนักงานประกันสังคม



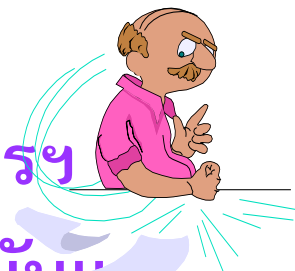
การอุทธรณ์



กรณี ไม่พอใจคำสั่ง, คำวินิจฉัย หรือการประเมินเงินสมทบ
มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการฯ ภายใน 30 วัน
นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง



ผู้อุทธรณ์ ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ
มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงาน ภายใน 30 วัน นับแต่
วันที่ทราบผล



การอุทธรณ์ หรือ นำคดีไปสู่ศาลไม่เป็นการทะเลาะการปฏิบัติ
ตามคำสั่ง, คำวินิจฉัย ของเจ้าหน้าที่ หรือ คณะกรรมการฯ
และไม่เป็นเหตุให้งดการชำระเงินเพิ่มตามกฎหมาย

บทกำหนดโทษ

- มาตรา 92 ผู้ใดไม่ให้ถ้อยคำหรือไม่ส่งเอกสาร หลักฐาน หรือข้อมูลที่เป็นไปตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการอรรถรณ คณะอนุกรรมการ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- มาตรา 96 นายจ้างผู้ใดโดยเจตนาไม่ยื่นแบบรายการต่อสำนักงานภายในกำหนดเวลาตามมาตรา 34 หรือไม่แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานขอเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการภายในกำหนดเวลาตามมาตรา 44 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- มาตรา 97 นายจ้างผู้ใดยื่นแบบรายการตามมาตรา ๓๔ หรือแจ้งขอเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการตามมาตรา ๔๔ เป็นเท็จ หรือไม่ยื่นแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบภายในกำหนดเวลาตามมาตรา ๔๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”
-
- มาตรา 98 ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามมาตรา 80 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



ชำระเงินสมทบ ที่หน้าเคาน์เตอร์ธนาคาร

- 1. ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)
- 2. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)
- 3. บริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด
- 4. บ.เอก-ชัย ดิสทริบิวชั่น ซิสเทม จก

พร้อมรับใบเสร็จรับเงิน



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ทุกแห่ง
หรือ โทร. **1506**
(สายด่วนประกันสังคม)

