



ที่ ลป ๐๐๓๑/ ๓๕๖๖

วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง  
วันที่ 11/64  
วันที่ 15 พฤษภาคม 69  
เวลา 15.30 น.

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง  
ศาลากลางจังหวัด ชั้น ๒  
ถนนชริราชูรดำเนิน ลป ๕๒๐๐๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งผลการตรวจบัญชีค่าจ้างประจำปี ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง  
เลขที่บัญชี ๑๐๙๐๐๐๑๖๓๑ สาขา ๕๒๐๑๐๖

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบแจ้งเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี (กท.๒๕ ก)
- ๒. แบบคำขอรับเงินคืนกองทุนเงินทดแทน

ตามที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง ได้ดำเนินการตรวจสอบบัญชีค่าจ้างกองทุนเงินทดแทน ประจำปี ๒๕๖๘ ปรากฏผลการตรวจสอบท่านได้รับเงินสมทบคืน จำนวน ๑๕๘.-บาท (หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง จะนำไปหักจากเงินสมทบที่จะเรียกเก็บในครั้งต่อไป หรือหากท่านมีความประสงค์จะขอรับเงินคืน กรุณาส่งแบบคำขอรับเงินคืนกองทุนเงินทดแทน พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในแบบคำขอฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ทางไปรษณีย์ไปยังส่วนงานเงินสมทบและการตรวจสอบ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดลำปาง ศาลากลางจังหวัด ชั้น ๒ ถนนชริราชูรดำเนิน ตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐ หรือยื่นคำขอรับเงินคืนผ่านระบบเงินคืน (E-Rebate) บนเว็บไซต์ [www.sso.go.th/eservices/esv/](http://www.sso.go.th/eservices/esv/) บนระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Service) เมนูกองทุนเงินทดแทน (WCF PLATFORM) ของสำนักงานประกันสังคม

อนึ่ง หากท่านไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจบัญชีค่าจ้างดังกล่าว สามารถอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งผลการตรวจบัญชีค่าจ้าง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ได้ยื่น ผู้อำนวยการ  
 เพื่อโปรดทราบ  
 เพื่อโปรดพิจารณา  
 เห็นควรแจ้ง ร้อย ๑๕๘.  
 เห็นควรคืน กรมฯ/อน  
 15 พ.ค. 69

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวปวีณา จริยภมรกุล)  
นักวิชาการแรงงานชำนาญการ ปฏิบัติราชการแทน  
ประกันสังคมจังหวัดลำปาง

ขอ ผู้อำนวยการ  
 เพื่อโปรดทราบ  
 เพื่อโปรดพิจารณา  
 เห็นควรแจ้ง ร้อย ๑๕๘.  
 เห็นควรคืน กรมฯ/อน

(นายสมพงษ์ นันตะภาพ)  
รองผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง  
15 พ.ค. 69

ส่วนงานเงินสมทบและการตรวจสอบ  
 โทรศัพท์ ๐ ๕๔๒๖ ๕๐๑๘ - ๒๐ ต่อ ๓๐๗  
 โทรสาร ๐ ๕๔๒๖ ๕๑๑๕  
 ติดต่อ นางสาวภาวิณี สมนาบัติ

โทรสาร  
 โทรแจ้ง กรมฯ  
 ร่มอน กรมฯ/อน  
 (นายชวลิต สัจจินดา)  
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง  
 15 พ.ค. 69



สำนักงานประกันสังคม ...จังหวัดลพบุรี.....  
Social Security Office

เลขที่ใบเรียกเก็บ : 520069300002015

วันที่ : 8 พ.ค. 2569

เลขที่บัญชี : 1090001631 520106

กำหนดชำระเงิน : **ไม่ต้องชำระ**

ประจำปี	รหัส	ลูกจ้าง	ประเภทกิจการ	เงินค่าจ้าง	อัตราเงินสมทบร้อยละ	เงินสมทบ
2568	84121	7	การกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับกิจกรรมการให้บริการ	1,462,340 00	0.10	1,462 00
ชื่อและที่อยู่ : วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง 551 หมู่ 1 ตำบลพระบาท ต.พระบาท อ.เมือง จ.ลำปาง 52000				1090001631 520106	เป็นเงินสมทบจากการตรวจบัญชี หัก <input checked="" type="checkbox"/> เงินสมทบประจำปีและรายงาน ค่าจ้างผลต่าง <input type="checkbox"/> เงินคงเหลือ <input checked="" type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชี	1,462 00 1,620 00 -158 00 158 00
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) : (ศูนย์บาทถ้วน) - -ไม่ต้องชำระ- -				เงินที่ต้องชำระ		0 00

\* โปรดนำหลักฐานนี้มาแสดงเมื่อมาชำระเงิน หากเกินกำหนดชำระจะต้องจ่ายเงินเพิ่มตามกฎหมาย  
ในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของเงินสมทบที่ต้องจ่าย

ลงชื่อ.....  
(นางสาวภาวณี สมนาบัติ)  
ตำแหน่ง : นักวิชาการประกันสังคม

คำแนะนำ

1. วิธีการชำระเงิน

- ชำระเป็นเงินสด หรือ เช็ค หรือธนาณัติ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ตามสาขาที่ระบุไว้ในใบแจ้งจากการตรวจบัญชีประจำปี
- ชำระได้ที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) บริษัท เคาน์เตอร์เซอร์วิส จำกัด และบ.เอก-ชัย ดิสทริบิวชั่น ซิสเต็ม จก. ทั่วประเทศ
- หากประสงค์จะส่งเช็ค หรือธนาณัติเพื่อชำระเงินทางไปรษณีย์ โปรดส่งแบบลง ทะเบียนตอบรับ
- การชำระเงินทุกครั้ง โปรดนำใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทนไปด้วย

2. การชำระเงินด้วยเช็ค

- เป็นเช็คของสถานประกอบการนั้น มิใช่เช็คส่วนตัว ไม่เป็นเช็คที่ล่วงวันที่ ล่วงหนายอนหลังไม่เกิน 7 วัน และเป็นเช็คของธนาคารที่ตั้งอยู่ในท้องที่ ที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน
- เป็นเช็คขีดคร่อมสั่งจ่าย "กองทุนเงินทดแทน" และขีดมาคำว่า "หรือผู้ถือ" ออก

3. กรณีไม่เห็นด้วยกับเงินสมทบจากการตรวจบัญชีประจำปี

โปรดทำหนังสือชี้แจง และนำเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ไปยังสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงาน ประกันสังคมจังหวัดสาขาที่รับผิดชอบทันที เพื่อพิจารณาเงินสมทบ จากการตรวจบัญชีใหม่หรือให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุน เงินทดแทนภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งการตรวจบัญชีประจำปี



สำนักงานประกันสังคม ...จังหวัดลพบุรี.....  
Social Security Office

ใบชำระเงินกองทุนเงินทดแทน **ไม่ต้องชำระ**

สาขาที่รับฝาก..... วันที่.....

เพื่อเข้าบัญชีกระแสรายวันสำนักงานประกันสังคม	 1099400015967601 10900016310025683 520069300002015 000	
<input type="checkbox"/> สำนักงานประกันสังคม <input type="checkbox"/> บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา <input type="checkbox"/> บมจ.ธนาคารกรุงไทย <input checked="" type="checkbox"/> ร้านเซเว่นอีเลฟเว่น	ชื่อสถานประกอบการ (Name) วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง หมายเลขอ้างอิง (Cus.No./Ref.No.1) 10900016310025683 หมายเลขอ้างอิง (Ref.No.2) 520069300002015	
ชำระโดย <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เงินโอน <input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร..... <input type="checkbox"/> สาขา..... <input type="checkbox"/> หมายเลขเช็ค..... (PAID BY) (CASH) (T/R) (CHEQUE/BANK) (BRANCH) (CHEQUE NO.)		
ตัวอักษร (บาท) (ศูนย์บาทถ้วน)	จำนวนเงิน (AMOUNT)	0.00 บาท
เพื่อความสะดวกของท่านกรุณานำใบชำระเงินฉบับนี้ไปชำระเงินได้ที่สาขาธนาคาร ทั่วประเทศ	ผู้นำฝาก.....	ผู้รับเงิน..... ผู้รับมอบอำนาจ.....



## คำขอรับเงินคืนกองทุนเงินทดแทน

๑. ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่บัญชี..... ลำดับที่สาขา.....

๒. ตั้งอยู่เลขที่.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....

๓. มีความประสงค์ขอรับคืนเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน จำนวน.....บาท

(.....)

### ๔. วิธีรับเงินคืน

ธนาคารดี ปณ.....

ส่งเช็คทางไปรษณีย์ลงทะเบียน

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

(เฉพาะธนาคารกรุงศรีอยุธยา ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน และธนาคาร ธ.ก.ส. เท่านั้น)

- กิจการเจ้าของคนเดียว แนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก ประเภทออมทรัพย์ที่ระบุชื่อเจ้าของกิจการ

- นิติบุคคล แนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก ประเภทออมทรัพย์ ที่ระบุชื่อนิติบุคคล

- ส่วนราชการ แนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก ที่ระบุชื่อส่วนราชการ

### ๕. เอกสารที่ยื่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา มีดังนี้

- ส่วนราชการ สำเนาบัตรข้าราชการหรือสำเนาบัตรประชาชนของหัวหน้าส่วนราชการ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม/เจ้าของกิจการ

- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล หรือ สำเนาทะเบียนพาณิชย์

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ยื่นวันที่.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

เห็นควรอนุมัติคืนเงิน จำนวน.....บาท

ไม่เห็นควรอนุมัติคืนเงิน เพราะ.....

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ