



- ตัวอย่าง -  
แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สปส.1-03

① ข้อมูลนายจ้าง

ชื่อสถานประกอบการ..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร..... เลขที่บัญชี 

1	0	9	0	0	0	4	4	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล 

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ลำดับที่สาขา 

0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

  
วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน.....(วันที่จ้าง/วันที่บรรจุ)..... ประเภทการจ้าง  รายวัน  รายเดือน  อื่น ๆ (ระบุ).....

② ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1  ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน  
 เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน  ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง 1. .... 2. ....

2.2 ชื่อ  นาย  นางสาว  นาง ชื่อ..... สุขใจ..... ชื่อสกุล..... มีความสุข..... สัญชาติ..... ไทย.....  
เกิดวันที่..... 9.....เดือน..... มกราคม..... พ.ศ..... 2599.....

2.3 เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว) 

9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2.4 สถานภาพครอบครัว  
 1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย  4. หย่า  5. แยกกันอยู่  
 ไม่มีบุตร  มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน ..... คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. .... ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. ....  
ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. ....

2.5 สภาพร่างกาย  1.ปกติ  2.พิการ แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
ระบุประเภทความพิการ  2.1 ทางการมองเห็น  2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย  2.3 ทางการเคลื่อนไหว  2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม  
 2.5 ทางสติปัญญา  2.6 ทางการเรียนรู้  2.7 ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร ดังนี้  
 หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่..... หรือ  
 อื่นๆ (ระบุ) .....เลขที่..... และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ



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

③ ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ.....โรงพยาบาลกรุงเทพ.....  ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ  
 ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล  
 ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ลำดับที่ 1. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร..... ลำดับที่ 1. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.....  
ลำดับที่ 2. .... ลำดับที่ 2. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.....  
ลำดับที่ 3. .... ลำดับที่ 3. ....

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูล  
การเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

หมายเหตุ : กรณีมีบัตรรับรองสิทธิฯ คือ กรณีที่บุคลากรมีประกันสังคมเดิมอยู่แล้ว ลงชื่อ..... สุขใจ.....ผู้ประกันตน  
และต้องการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลใหม่ (.....นางสาวสุขใจ มีความสุข.....)  
: กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ คือ กรณีที่บุคลากรยังไม่เคยขึ้นทะเบียนประกันสังคม วันที่..... 9 มกราคม 2599.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัตรประกันสังคม 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ  
 ไม่สมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล..... ลงชื่อ.....ผู้รับแบบ/เจ้าหน้าที่  
(.....)  
วันที่.....

หมายเหตุ ในการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.6-07) ทุกครั้ง  
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้ (คำเตือนและคำอธิบายดูด้านหลัง)

- คำเตือน**
1. นายจ้างผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตน กรณีนิติบุคคลต้องเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
  2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง เช่น ลูกจ้างลาออกหรือถูกเลิกจ้าง ให้แจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบ สปส.6-09 หากฝ่าฝืน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
  3. การยื่นแบบเป็นเท็จ เช่น นำบุคคลที่ไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

**คำแนะนำการกรอกแบบ**

1. ให้เลือก  ในหัวข้อที่ต้องการ
2. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ให้นำนายจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ① และลูกจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ② (ข้อ 2.1 – 2.6 สำหรับผู้ประกันตนคนไทยและคนต่างด้าว และ ข้อ 2.5 สำหรับคนพิการ)
3. ข้อมูลการเลือก/ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ให้ลูกจ้างกรอกข้อมูล ③ สำนักงานประกันสังคมจะเลือกสถานพยาบาลตามลำดับ 1 – 3 หากสถานพยาบาลใดเต็มศักยภาพจะเลือกสถานพยาบาลถัดไปให้ผู้ประกันตน
4. เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้นายจ้างและลูกจ้างลงลายมือชื่อ

**1. ข้อมูลนายจ้าง**

- 1.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา ตามที่ได้ขึ้นทะเบียน นายจ้างไว้กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงช่องลำดับที่สาขา
- 1.2 ทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ให้กรอกเลขที่บัตรประชาชนของเจ้าของกิจการกรณีเป็นกิจการเจ้าของคนเดียว และเลขทะเบียนนิติบุคคล กรณีสถานประกอบการจดทะเบียนนิติบุคคล
- 1.3 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน และกรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่น ๆ

**2. ข้อมูลผู้ประกันตน**

- 2.1 กรณีไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือกรณีทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง ให้ทำเครื่องหมาย  ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง และระบุชื่อสถานประกอบการทุกแห่ง
- 2.2 ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย  ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย  นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน ให้กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ วัน เดือน ปีเกิด ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน
- 2.3 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
- 2.4 สถานภาพครอบครัว ให้ทำเครื่องหมายช่อง  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่ (แล้วแต่สถานภาพของแต่ละบุคคล)  
 หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่สมรสใหม่  
 หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง  
 แยกกันอยู่ คือ มีได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่  
 2.4.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี กรุณากรอก พ.ศ. ปีเกิด  
 2.4.2 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

สถานภาพครอบครัว				
<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input checked="" type="checkbox"/> 2. สมรส	<input checked="" type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า	<input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	<input checked="" type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. 2553 ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. 2555 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. 2557			

- 2.5 สภาพร่างกาย หากปกติ  ปกติ หากพิการ  พิการ และให้ระบุประเภทความพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ 1. ทางการมองเห็น 2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3. ทางการเคลื่อนไหว 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ทางสติปัญญา 6. ทางการเรียนรู้ 7. ออทิสติก
- 2.6 สำหรับคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ผู้ประกันตนมีเอกสารหลักฐาน เช่น หนังสือเดินทาง ทำเครื่องหมาย  หนังสือเดินทาง (PASSPORT) กรณีมีเอกสารอื่น เช่น ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำเครื่องหมาย  อื่น ๆ (ระบุ) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

**3. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล**

- กรณีลูกจ้างเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วให้ทำเครื่องหมาย  มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลปัจจุบันที่ใช้สิทธิ หากไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้  ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล หากต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล  ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น
- กรณีลูกจ้างไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนหรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้วแต่ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ หรือบัตรรับรองสิทธิฯ หายขาด ให้ทำเครื่องหมาย  ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น