



สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการลาออกของผู้ประกันตน (สปส.6-09)

ชื่อสถานประกอบการ

บริษัท ตัวอย่างโปรแกรม อี-บิซิเนส พลัส จำกัด

ชื่อสาขา

สำนักงานใหญ่

สถานประกอบการ/สาขที่ตั้งอยู่

เลขที่ 11-14 ซ.บรมราชชนนี 39 แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน

กรุงเทพฯ

รหัสไปรษณีย์ 10170

โทรศัพท์ 02-880-8800

หน้าที่ 1

เลขที่บัญชี 10-0184943-4

ลำดับที่สาขา 000000

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	คำนำหน้านาม ชื่อ-นามสกุล	วันเดือนปี ที่ลาออก	สาเหตุที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน							
				1	2	3	4	5	6	7	
1	1-7099-00431-80-6	นายบุญมา วงศ์ดี	22/10/2557	/							
2	1-5299-00442-01-0	นายปราโมทย์ สุรพร	25/04/2558	/							
3	1-6299-00022-22-2	น.ส.พัทธ์ พิสิษฐ์	26/06/2558	/							
4	1-3499-00333-33-3	น.ส.วิศนา สิทธิพร	01/01/2559	/							
5	1-1007-00983-17-9	นายวิศวะ สังวาลย์	12/08/2559	/							
6	3-5604-00122-32-3	นายกาน นุณยรัก	20/02/2560	/							
7	3-1023-00108-05-7	น.ส.สุทิรา สุขใจ	31/10/2556	/							

หมายเหตุ

- สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน
- ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- การแจ้งข้อเท็จจริงเป็นเท็จ เช่น การแจ้งลาออกไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายจ้างผู้รับมอบอำนาจ

(ชื่อผู้รับรอง)

ตำแหน่ง

ตำแหน่งผู้รับรอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สาเหตุ

- ลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อบริษัทภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน
- สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
- เลิกจ้างโครงการเกษียณก่อนกำหนด
- เกษียณอายุ
- ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำ ความผิด/ละทิ้งหน้าที่โดยไม่มี การติดต่อบริษัทภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน
- ตาย
- โอนย้ายสาขา



สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการลาออกของผู้ประกันตน (สปส.6-09)

ชื่อสถานประกอบการ

บริษัท ตัวอย่างโปรแกรม อี-บิซิเนส พลัส จำกัด

ชื่อสาขา

สำนักงานใหญ่

สถานประกอบการ/สาขาตั้งอยู่

เลขที่ 11-14 ซ.บรมราชชนนี 39 แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน

กรุงเทพฯ

รหัสไปรษณีย์ 10170

โทรศัพท์ 02-880-8800

หน้าที่ 2

เลขที่บัญชี 10-0184943-4

ลำดับที่สาขา 000000

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	คำนำหน้านาม ชื่อ-นามสกุล	วันเดือนปี ที่ลาออก	สาเหตุที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน							
				1	2	3	4	5	6	7	
8	3-1023-00035-76-4	นายสุจินดา รอดดี	30/06/2557	/							
9	3-1023-00109-04-6	น.ส.อุทุมพร รักการดี	08/02/2558	/							
10	3-7207-01075-55-2	นายศิริภัทร์ ผลสุขศรี	31/12/2558	/							
11	3-2525-00239-72-6	น.ส.สุกัญญา สันธิญา	26/10/2559	/							
12	1-1007-00661-61-9	น.ส.ฐิติ พุทธิธรรม	01/02/2560	/							
13	1-1020-00193-03-7	น.ส.อุกเกศ จันทร์สา	26/02/2560	/							
14	3-1023-00192-97-5	น.ส.กนกวรรณ รักษาดี	11/03/2560	/							

หมายเหตุ

- สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคมลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน
- ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- การแจ้งข้อเท็จจริงเป็นเท็จ เช่น การแจ้งลาออกไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายจ้างผู้รับมอบอำนาจ

(ชื่อผู้รับรอง)

ตำแหน่ง

ตำแหน่งผู้รับรอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สาเหตุ

- ลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อนายจ้างภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน
- สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
- เลิกจ้างโครงการเกษียณก่อนกำหนด
- เกษียณอายุ
- ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำ ความผิด/ละทิ้งหน้าที่โดยไม่มี การติดต่อนายจ้างภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน
- ตาย
- โอนย้ายสาขา