



สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการลาออกของผู้ประกันตน (สปส.6-09)

ชื่อสถานประกอบการ บริษัท ตัวอย่างโปรแกรมสำหรับอบรม PR จำกัด
 ชื่อสาขา สำนักงานใหญ่
 สถานประกอบการ/สาขาตั้งอยู่ 12-14 ซอย บรมราชชนนี 39 แขวง ดลิ่งชั้น เขต ดลิ่งชั้น
 กรุงเทพมหานคร
 รหัสไปรษณีย์ 10170 โทรศัพท์ 02-880-8800

หน้าที่ 1
 เลขที่บัญชี 12-1356952-1
 ลำดับที่สาขา 000000

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	คำนำหน้านาม ชื่อ-นามสกุล	วันเดือนปี ที่ลาออก	สาเหตุที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน							
				1	2	3	4	5	6	7	
1	1-6307-00101-79-1	น.ส.ดารافر แซ่ม้า	10/05/2561	/							
2	1-3206-00023-95-3	นายสมเกียรติ มาดี	05/07/2561			/					
3	1-1037-02977-58-6	น.ส.วรรณิ เนตรสว่าง	12/08/2561	/							

หมายเหตุ 1. สำหรับคนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม
 ลงในช่องเลขประจำตัวประชาชน
 2. ให้แจ้งการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่
 มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดจาก
 เดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นจะมีความผิดต่อกระทรวง
 คุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(ชื่อผู้รับรอง)

ตำแหน่ง

ตำแหน่งผู้รับรอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สาเหตุ

1. ลาออก/ละทิ้งหน้าที่โดยมีการติดต่อนายจ้าง ภายใน 6 วันทำงานติดต่อกัน
2. สิ้นสุดระยะเวลาการจ้าง
3. เลิกจ้าง/โครงการเกษียณก่อนกำหนด
4. เกษียณอายุ
5. ไล่ออก/ปลดออก/ให้ออกเนื่องจากกระทำความผิด/ละทิ้งหน้าที่โดยไม่มี การติดต่อนายจ้างภายใน 7 วันทำงานติดต่อกัน
6. ตาย
7. โอนย้ายสาขา