



โรงพยาบาลยะลา  
เลขที่รับ..... 1199  
วันที่ 26 มี.ค. 2560  
เวลา..... 15:44

ที่ สช ๐๒๔๘/ ๖๕๖

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒  
๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐  
วันที่ ๒๖ มี.ค. ๒๕๖๐  
N. ๐๐๕

๒๖ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ชักซ้อมความเข้าใจการขอรับเงินทดแทนการประกันชีวิตให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา/ ปัตตานี/ ยะลา/ นราธิวาส/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา/ ปัตตานี/ นราธิวาสราชชนครินทร์/ เบตง/ สุโหงโกลก

- |   |             |
|---|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงินทดแทนฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ฯ                 | จำนวน ๑ ชุด |

ตามที่ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยบำเหน็จความชอบ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๑๓ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จัดให้มีการประกันชีวิตแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รับค่าสินไหมทดแทนการเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานในหน้าที่ราชการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด และต่อมา คณะรัฐมนตรีในคราวประชุมปรึกษา เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๒ ลงอนุมัติ เรื่องการจัดให้มีการประกันชีวิตให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี สงขลา เฉพาะอำเภอเทพา จะนะ สะบ้าย้อย นาทวี ) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ข้อ ๑๓ ซึ่งกำหนดให้กรณีหน่วยงานของรัฐที่ไม่ได้จัดทำประกันชีวิตให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้รับเป็นเงินทดแทนการประกันชีวิตแทนการจัดทำประกันชีวิตกับบริษัทประกันภัย โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

เนื่องจากหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” ตามระเบียบฯ ข้อ ๒.๓ กำหนดว่า “หากผู้มีสิทธิได้ระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้ ให้จ่ายเงินทดแทนการประกันชีวิตให้กับผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ นั้น หากผู้มีสิทธิไม่ได้ระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้ และผู้มีสิทธิไม่สามารถดำเนินการได้เอง โดยมีได้มอบอำนาจไว้ให้ผู้ใดเป็นผู้กระทำการแทนตน ให้จ่ายเงินทดแทนการประกันชีวิตกับบุคคลในลำดับที่หนึ่งก่อน หากไม่มีบุคคลลำดับที่หนึ่ง จ่ายให้บุคคลลำดับที่สอง ในลักษณะเช่นนี้ต่อไปจนถึงลำดับที่ ๕ โดยเรียงลำดับบุคคล ดังนี้ ลำดับที่ ๑ คู่สมรส ลำดับที่ ๒ ผู้สืบสันดาน ลำดับที่ ๓ บิดา มารดา ลำดับที่ ๔ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน ลำดับที่ ๕ บุคคลตามที่กฎหมายกำหนดไว้” ดังนั้น เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการประกันชีวิตย้อนหลังดังกล่าว มิได้ระบุชื่อผู้ได้รับผลประโยชน์ และไม่สามารถดำเนินการได้เอง โดยมีได้มอบอำนาจไว้ให้ผู้ใดเป็นผู้กระทำการแทนตน จึงต้องจ่ายเงินทดแทนการประกันชีวิตให้แก่บุคคลในลำดับที่หนึ่งก่อน หากไม่มีบุคคลลำดับที่หนึ่ง จ่ายให้บุคคลลำดับที่สอง ในลักษณะเช่นนี้ต่อไปจนถึงลำดับที่ ๕ โดยเรียงลำดับบุคคล หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายดังกล่าวอาจไม่เป็นไปตามความประสงค์ทั้งหมดของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน คณะกรรมการพิจารณาบำเหน็จความชอบ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ก.บ.จ.ต.) ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ จึงมีมติเห็นสมควรชักซ้อมความเข้าใจ เกี่ยวกับการขอรับเงินทดแทนการประกันชีวิตและเห็นชอบกับแบบหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อผู้รับ

/ ผลประโยชน์...

ผลประโยชน์ กรณีเงินทดแทนการประกันชีวิตให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐรับไว้เป็นแบบหนังสือในเบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ระบุนายชื่อผู้รับผลประโยชน์ให้ชัดเจน ดังมีรายละเอียดในสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ทั้งนี้หน่วยงานสามารถกำหนดแบบหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์กรณีเงินทดแทนการประกันชีวิตได้ตามความเหมาะสม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยโท

(สุภาพ ไพศาลศิลป์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒

วิเศษ บณ. รพ. พลาซ่า

เพื่อ:

๒๒ แบบหนังสือกรมออบ

ฝ่าย/กลุ่มงาน.....  
ดำเนินการ

กรร.เจ้าหน้าที่.....

๒๖ ธ.ค. ๖๐  
๒๖ ธ.ค. ๖๐

จน. ช. รุ่งโรจน์ อ.อ. วรวิทย์

๒๖ ธ.ค. ๖๐

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๓๒ ๓๔๓๑

โทรสาร ๐ ๗๔๓๒ ๓๒๘๕

ผู้ประสานงาน นายพดด้วง ไขยเหมวงค์ โทร. ๐๘ ๘๗๔๑ ๒๕๐๗  
นางสาวเสาวนีย์ หะย็อมา โทร. ๐๘ ๑๔๗๙ ๗๐๔๑

E-mail: pruet2507@gmail.com

E-mail: sauwane\_hj@hotmail.com



หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต”  
ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยบำเหน็จความชอบสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน  
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๕๐

๑. หลักเกณฑ์

๑.๑ ผู้มีสิทธิ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้แก่ ข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างของหน่วยงานของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกกองอาสารักษาดินแดน และอาสาสมัครทหารพราน ซึ่งได้รับคำสั่งจากทางราชการให้ปฏิบัติงานในหน้าที่ประจำหรือได้รับคำสั่งให้ไปปฏิบัติภารกิจในจังหวัดนราธิวาส จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดสงขลา เฉพาะพื้นที่อำเภอเทพา อำเภอสะบ้าย้อย อำเภอนาทวี และอำเภอจะนะ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวต้องไม่เป็นผู้ที่หน่วยงานของรัฐจัดทำประกันชีวิตให้แล้วโดยใช้งบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

๑.๒ สาเหตุทำให้เกิดสิทธิ กรณีเสียชีวิตหรือบาดเจ็บทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจนถึงขั้นปลดออกจากหน้าที่การงาน สืบเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมถึงกรณีที่อยู่ในเกณฑ์ต้องปลดออกจากหน้าที่การงานตามความเห็นของแพทย์ แต่ได้รับการสงเคราะห์ให้รับราชการตามที่ทางราชการกำหนด โดยสาเหตุดังกล่าวมิได้เกิดจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือจากสาเหตุส่วนตัวหรือการฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือตกอยู่ภายใต้ฤทธิ์ยาเสพติดให้โทษร้ายแรง

๑.๓ จำนวนเงินทดแทน ให้จ่ายเงินทดแทนการประกันชีวิตจำนวน ๕๐๐,๐๐๐บาท (ห้าแสนบาทถ้วน) ต่อคน

๑.๔ การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ หากข้อเท็จจริงที่ปรากฏภายหลังไม่ตรงกับผลการสอบสวนในครั้งแรก ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินที่ได้จ่ายเงินทดแทนประกันชีวิตไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการที่ได้กำหนดไว้ โดยเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินมิได้จงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินไม่ต้องรับผิดชอบ

๑.๕ การวินิจฉัยปัญหา ให้คณะกรรมการพิจารณาบำเหน็จความชอบสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ก.บ.จ.ต.) มีอำนาจตีความและวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการนี้ รวมทั้งให้มีอำนาจกำหนดแนวทางปฏิบัติในรายละเอียดด้วย

๑.๖. หน่วยงานระดับจังหวัด ให้ศูนย์ช่วยเหลือเหยี่ยวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่อง  
จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการ  
การจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” อีกหน้าที่หนึ่งด้วย

## ๒. เงื่อนไข

๒.๑ หน่วยงานต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้  
ไม่อาจแบ่งเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานออกเป็น ส่วน โดยให้เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งจัดทำประกันชีวิตกับ  
บริษัทประกันภัย และเจ้าหน้าที่อีกส่วนหนึ่งรับสิทธิตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงิน  
“เงินทดแทนการประกันชีวิต”

๒.๒ เมื่อหน่วยงานต้นสังกัดหรือกองอำนาจการรักษาคความมั่นคงภายใน หรือ  
ศูนย์อำนาจการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีอำนาจในการกำกับดูแล  
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้จัดทำประกันชีวิตให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน  
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้แล้ว เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีสิทธิขอรับเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” ได้  
ยกเว้นหน่วยงานดังกล่าวจัดทำประกันชีวิตให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้  
โดยไม่ใช้งบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

๒.๓ หากผู้มีสิทธิได้ระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้ ให้จ่ายเงินทดแทนการประกันชีวิต  
ให้กับผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ นั้น หากผู้มีสิทธิไม่ได้ระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้ และผู้มีสิทธิ  
ไม่สามารถดำเนินการได้เอง โดยมีได้มอบอำนาจไว้ให้ผู้ใดเป็นผู้กระทำการแทนตน ให้จ่ายเงิน  
ทดแทนการประกันชีวิตกับบุคคลในลำดับที่หนึ่งก่อน หากไม่มีบุคคลลำดับที่หนึ่ง จ่ายให้กับบุคคล  
ลำดับที่สอง ในลักษณะเช่นนี้ต่อไปจนถึงลำดับที่ ๕ โดยเรียงลำดับบุคคล ดังนี้

ลำดับที่ ๑ คู่สมรส

ลำดับที่ ๒ ผู้สืบสันดาน

ลำดับที่ ๓ บิดามารดา

ลำดับที่ ๔ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

ลำดับที่ ๕ บุคคลตามที่กฎหมายกำหนดไว้

## ๓. วิธีการ

๓.๑ เมื่อศูนย์ช่วยเหลือเหยี่ยวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ  
ได้ดำเนินการเรื่องเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามกรณีที่ขอรับการช่วยเหลือเสร็จสิ้นแล้ว หากเป็นกรณี

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเสียชีวิตตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” ให้ศูนย์ช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ สำเนาเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ของเรื่องเพื่อขอรับความช่วยเหลือเยียวยาเพิ่มขึ้นอีก ๑ ชุด แล้วรับรองความถูกต้องสำเนาเอกสารทุกแผ่น และให้ใช้เป็นหลักฐานในการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต”

๓.๒ หากเป็นกรณีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจนถึงชั้นปลดออกจากหน้าที่การงานหรือกรณีที่อยู่ในเกณฑ์ต้องปลดออกจากหน้าที่การงานตามความเห็นของแพทย์ แต่ได้รับการสงเคราะห์ให้รับราชการตามที่ทางราชการกำหนด ให้สำเนาเอกสารหลักฐานต่าง ๆ และรับรองความถูกต้องเช่นเดียวกับข้อ ๓.๑ ประกอบคำสั่งปลดเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานออกจากหน้าที่การงาน หรือเอกสารการได้รับการสงเคราะห์ให้รับราชการ แล้วแต่กรณี และให้ใช้เป็นหลักฐานในการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต”

๓.๓ ให้จังหวัดจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” จากเงินตรองราชการของจังหวัด (๕๐ ล้านบาท) ให้กับบุคคลตามข้อ ๒.๓ เมื่อเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ตามข้อ ๓.๑ และข้อ ๓.๒ ถูกต้องครบถ้วน และเป็นกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) คณะกรรมการ ๓ ฝ่ายในพื้นที่รับรองว่า สาเหตุเกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

(๒) ผลการสอบสวนคดีของพนักงานสอบสวนระบุว่า สาเหตุเกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

(๓) ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุด และคำพิพากษาระบุชัดเจนว่า สาเหตุเกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๓.๔ ให้จังหวัดส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ เพื่อขอรับเงินในส่วนที่ได้จ่ายไปแล้วคืนจากสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยแยกออกเป็นเรื่องเฉพาะกรณี “เงินทดแทนการประกันชีวิต” ต่างหากจากกรณีการขอรับความช่วยเหลือเยียวยาฯ





แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์กรณีเงินทดแทนการประกันชีวิต  
ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ยศ (ถ้ามี) ..... ชื่อ ..... นามสกุล .....  
เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามข้อ ๕ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยบำเหน็จ  
ความชอบสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประเภท

- ข้าราชการพลเรือน  พนักงานราชการ/ลูกจ้างในส่วนราชการ  พนักงาน/ลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ  
 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน/ แพทย์ประจำตำบล  ตำรวจ  ทหาร  
 อาสาสมัครทหารพราน  ข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
 สมาชิกกองอาสารักษาดินแดน  อื่นๆ (ระบุ) .....

ตำแหน่ง ..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... สังกัด .....  
กรมหรือเทียบเท่า ..... กระทรวง .....

ขอแสดงเจตนาระบุผู้รับผลประโยชน์ในหนังสือฉบับนี้ว่า กรณีข้าพเจ้ามีสิทธิและไม่สามารถดำเนินการ  
ได้ด้วยตนเองในการรับเงินทดแทนการประกันชีวิต ตามข้อ ๑๓ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย  
บำเหน็จความชอบสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๕๐ และตามมติ  
คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๒ โดยระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ในเงินทดแทนการประกันชีวิต  
จำนวน ..... ราย ดังนี้

๑. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร. .... ให้ได้รับ..... ส่วน

๒. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร. .... ให้ได้รับ..... ส่วน

๓. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร. .... ให้ได้รับ..... ส่วน

๔. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร. .... ให้ได้รับ..... ส่วน

๕. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. .... ให้ได้รับ ..... ส่วน
๖. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. .... ให้ได้รับ ..... ส่วน
๗. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. .... ให้ได้รับ ..... ส่วน
๘. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. .... ให้ได้รับ ..... ส่วน
๙. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. .... ให้ได้รับ ..... ส่วน
๑๐. ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. .... ให้ได้รับ ..... ส่วน

หมายเหตุ เมื่อผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบอำนาจ ระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้แล้ว ต่อมาผู้รับผลประโยชน์รายใด  
สิ้นสภาพบุคคล ให้ถือว่าไม่มีการระบุผู้รับผลประโยชน์รายนั้น และให้แบ่งส่วนในเงินทดแทนการประกันชีวิตแก่  
ผู้รับผลประโยชน์รายอื่น

หนังสือแสดงเจตนานี้ได้จัดทำขึ้น ๒ ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน เก็บไว้ที่ผู้แสดงเจตนาหนึ่งฉบับ  
และอีกฉบับหนึ่งส่งไปเก็บไว้ที่สมุด/แฟ้มประวัติของผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ ..... ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับผลประโยชน์ฉบับนี้ได้ยื่นเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดย ..... เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

โดย ..... ผู้รับมอบอำนาจ ตามหนังสือมอบอำนาจ  
ฉบับลงวันที่ .....

ได้นำหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ

๑. หากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมิได้ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ และมีได้มอบอำนาจให้ผู้ใดกระทำการแทนตน ให้จ่ายเงินทดแทนการประกันชีวิตตามที่หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงิน “เงินทดแทนการประกันชีวิต” ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยบำเหน็จความชอบสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดไว้

๒. การขูดลบ ชีดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับผลประโยชน์กรณีเงินทดแทนการประกันชีวิต ให้ลงลายมือชื่อผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบอำนาจ กำกับไว้

๓. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้ ณ ส่วนราชการที่ตนสังกัด เมื่อมีการย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวตามไปด้วย

๔. ให้ระบุวัน เดือน ปี ที่แสดงเจตนาระบุตัวผู้รับผลประโยชน์ให้ชัดเจน

๕. ให้ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบอำนาจ ลงลายมือชื่อกำกับในหน้าที่หนึ่งด้วย

๖. เมื่อผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบอำนาจ ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์มากกว่าหนึ่งฉบับขึ้นไป ให้ถือตามหนังสือแสดงเจตนาฉบับลงวันที่ครั้งสุดท้าย

๗. ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง