



อิสราเอล

การยื่นคำร้องขอรับเงินชดเชย กรณีออกจากงาน (เงินปีชูอิม) ประเทศอิสราเอล



1. ผู้ มีสิทธิยื่นคำ ร้อง

- » ทำงานกับนายจ้างแต่ละรายครบ 1 ปี หรือครบสัญญาจ้าง 5 ปี
- » ออกจากงาน เนื่องจากครบสัญญาจ้างหรือนายจ้างให้ออก โดยไม่มีความผิดหรือนายจ้างเสียชีวิต ล้มละลายหรือบริษัทประสบปัญหาการเงิน
- » สามารถยื่นคำร้องได้ภายใน 7 ปี นับจากวันที่เลิกจ้างหรือครบสัญญาจ้างงาน

*อัตราเงินชดเชย = ค่าเงินอัคราปกติ 1 เดือน/ปี
(ทำงานครบ 5 ปี จะได้รับเงินปีชูอิม =เงินเดือน 5 เดือน)

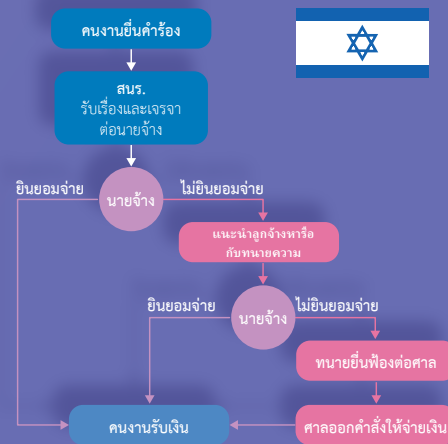
2. การจัดเตรียมเอกสาร

- » สำเนาหนังสือเดินทาง (หน้าที่มีรูปถ่ายและตราประทับทุกหน้า)
 - » สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - » สำเนาทะเบียนบ้าน
 - » สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิ
 - » สำเนาสัญญาจ้างงาน (ระบุชื่อสกุล ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง)
 - » ใบอนุญาตทำงาน
 - » ใบลงเวลาทำงานหรือใบเงินเดือน (ถ้ามี)
- * ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเหมือนกับลายมือชื่อบนหนังสือเดินทางทุกฉบับ

3. การยื่นเอกสาร

- » ฝ่ายแรงงาน ประจำสถานเอกอัครราชทูต
ณ กรุงเทลอาวีฟ ประเทศอิสราเอล
Ackerstein Tower A, 11th Fl.
11 Hamenofim Street Herzliya Pituach
4672562
- ☎ 09 954 8431-3 และ 054-4693476
- 📠 09 954 8416

กระบวนการยื่นขอรับชดเชย (เงินปีชูอิม) ภายในประเทศอิสราเอล



*ทนายจะต้องเป็นทนายชาวอิสราเอลเท่านั้น

**การฟ้องศาล คนงานจะต้องไปรายงานตัวต่อศาล
อย่างน้อย 1 ครั้ง

กรณีมีชีวิต กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น

Please complete the following information:

Name of beneficiary (Owner):(ชื่อ - สกุล ผู้รับสิทธิประโยชน์).....

Address of beneficiary:(ที่อยู่ ผู้รับสิทธิประโยชน์ (ตามทะเบียนบ้าน)).....

Bank name:(ชื่อธนาคาร).....

Bank address:(ที่อยู่ ธนาคาร).....

Swift # (Swift Code ธนาคาร)..... Routing #

ABA # Account # ... (เลขบัญชีธนาคาร).....

Mailing address :

.....(ที่อยู่ ผู้รับสิทธิประโยชน์ (ที่อยู่ปัจจุบัน)).....

Signature of beneficiary: (ผู้รับสิทธิประโยชน์ลงนาม).....

Date:

Approval of embassy:

We hereby approve that the above mentioned details are the correct details

of the beneficiary :(ชื่อ - สกุล ผู้รับสิทธิประโยชน์).....

Passport number: (หมายเลขหนังสือเดินทาง ผู้รับสิทธิประโยชน์).....

Date:

Name and signature representative:

Stamp

เงินชดเชยกรณีถูกเลิกจ้าง (ปีชูอิม) ค่าจ้างค้างจ่าย และสิทธิประโยชน์อื่นๆ กรณีเสียชีวิต

เอกสารประกอบการขอรับเงิน (เอกสารผู้เสียชีวิต)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. สำเนาหนังสือเดินทางเล่มที่ใช้เดินทางไปทำงานในประเทศอิสราเอลทุกเล่มที่มีตราประทับเข้า-ออก รวมถึงหน้า VISA |
| <input type="checkbox"/> | 2. สำเนาสัญญาจ้างงาน และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในประเทศอิสราเอล (หากมี) |
| <input type="checkbox"/> | 3. สำเนาการสนทนากับผู้เกี่ยวข้องในอิสราเอล อาทิ หน้า Facebook / LINE / E-mail (หากมี) |
| <input type="checkbox"/> | 4. ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ของนายจ้าง บริษัทจัดหางาน ทนายความชาวอิสราเอล และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง |
| <input type="checkbox"/> | 5. สำเนาใบมรณบัตร |

เอกสารประกอบการขอรับเงิน (เอกสารผู้มีชีวิต ทายาท)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน |
| <input type="checkbox"/> | 2. สำเนาทะเบียนสมรส |
| <input type="checkbox"/> | 3. สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> | 4. สำเนาสูติบัตร |
| <input type="checkbox"/> | 5. หนังสือมอบอำนาจให้ฝ่ายแรงงานฯ อิสราเอล เป็นผู้ดำเนินการฯ |
| <input type="checkbox"/> | 6. หนังสือรับรองความสัมพันธ์ทางครอบครัว |
| <input type="checkbox"/> | 7. หนังสือให้ความยินยอม |
| <input type="checkbox"/> | 8. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่ระบุให้โอนเงินสิทธิประโยชน์ |
| <input type="checkbox"/> | 9. แบบฟอร์มการรับสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิต (<u>กรอกเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น</u>) |

หมายเหตุ

- เอกสารประกอบการขอรับเงินตามข้อ 5-7 ต้องออกโดยที่ว่าการอำเภอ หรือ สำนักงานเขตเท่านั้น

การยื่นเอกสาร

สามารถยื่นเอกสารได้ที่

1. สำนักงานแรงงานจังหวัด (สรจ.) ทุกจังหวัด
2. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน สำนักประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ ชั้น 12

กรณีเสียชีวิต

กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น

Please complete the following information:

Name of beneficiary (Owner):(ชื่อ - สกุล ผู้เสียชีวิต).....

Address of beneficiary:(ที่อยู่ ผู้รับสิทธิประโยชน์ (ตามทะเบียนบ้าน)).....

Bank name:(ชื่อธนาคาร).....

Bank address:(ที่อยู่ ธนาคาร).....

Swift # (Swift Code ธนาคาร)..... Routing #

ABA # Account # ... (เลขบัญชีธนาคาร).....

Mailing address :

.....(ที่อยู่ ผู้รับสิทธิประโยชน์ (ที่อยู่ปัจจุบัน)).....

Signature of beneficiary: (ผู้รับสิทธิประโยชน์ลงนาม).....

Date:

Approval of embassy:

We hereby approve that the above mentioned details are the correct details

of the beneficiary that is related to the deceased:(ชื่อ - สกุล ผู้เสียชีวิต).....

Passport number: (หมายเลขหนังสือเดินทาง ผู้เสียชีวิต).....

Date:

Name and signature representative: ... (สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงเทลอาวีฟ ลงนาม).....

Stamp



อากรแสตมป์

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... หมู่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์..... เป็น.....ของ.....

แรงงานที่เดินทางไปทำงานในประเทศอิสราเอล หนังสือเดินทางเลขที่.....

ขอมอบอำนาจให้ฝ่ายแรงงานประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงเทลอาวีฟ ประเทศอิสราเอล เป็นตัวแทนข้าพเจ้ามีอำนาจดำเนินการติดต่อกับหน่วยงานรวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องในประเทศอิสราเอล เพื่อติดตามเงินและสิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้ทั้งหมดของ.....และขอมอบอำนาจให้ฝ่ายแรงงานประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงเทลอาวีฟ ประเทศอิสราเอล เป็นผู้รับเงิน และสิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้ทั้งหมดและโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือชื่ออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้ความยินยอม

เลขที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยข้าพเจ้าผู้มีรายนาม ดังต่อไปนี้

๑. (สามี/ภรรยา)
๒. (บุตร)
๓. (บิดา)
๔. (มารดา)

เป็นทนายทโดยธรรมผู้มีสิทธิรับมรดก เจ้ามรดกผู้ตาย ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมและไม่คัดค้าน
ในการที่ฝ่ายแรงงานประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงเทลอาวีฟ ประเทศอิสราเอล โอนเงินสิทธิประโยชน์
อันพึงมีพึงได้ของ.....ผ่านบัญชีธนาคาร.....สาขา.....ชื่อบัญชี
.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้สำคัญ

ลงชื่อ.....(สามี/ภรรยา)
(.....)

ลงชื่อ.....(บุตร)
(.....)

ลงชื่อ.....(บิดา)
(.....)

ลงชื่อ.....(มารดา)
(.....)

ขอรับรองว่าผู้มีนามบนนี้ได้ลงนามต่อหน้าข้าพเจ้า จริง

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....



อากรแสดมปี

หนังสือรับรองความสัมพันธ์ทางครอบครัว

ที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยอำเภอ.....ได้รับคำร้องจาก.....เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....มีความประสงค์ขอรับหนังสือรับรอง
ความสัมพันธ์ทางครอบครัวของ.....บุคคลสัญชาติไทยซึ่งเสียชีวิตที่ประเทศอิสราเอล

อำเภอได้ตรวจสอบหลักฐานและสอบสวนผู้ร้องพร้อมพยานบุคคลที่เกี่ยวข้องแล้วของ
..... มีความสัมพันธ์ทางครอบครัว ดังนี้

๑. บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สถานภาพบุคคล.....อายุ.....ปี
ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

๒. มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สถานภาพบุคคล.....อายุ.....ปี
ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

๓. **สามี/ภรรยา** ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สถานภาพบุคคล.....อายุ.....ปี
ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

๔. บุตรเกิดกับ**สามี/ภรรยา** ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....
สถานภาพบุคคล.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ฉะนั้นอำเภอจึงออกหนังสือรับรองไว้เป็นหลักฐาน

ให้ไว้ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เงินค่าธรรมเนียบบางส่วนจากบริษัทจัดหางาน
(ในกรณีที่กลับประเทศไทยเป็นการถาวร)

เงื่อนไขการขอคืนเงินฯ

ระยะเวลาทำงานในอิสราเอล	เงินค่าธรรมเนียบบน	หมายเหตุ
ไม่เกิน 18 เดือน	ร้อยละ 60 (หลังหักภาษีแล้ว)	เป็นเงินประมาณ 16,000 บาท*
ตั้งแต่ 18 เดือน แต่ไม่เกิน 36 เดือน	ร้อยละ 33 (หลังหักภาษีแล้ว)	เป็นเงินประมาณ 8,000 บาท*
เกิน 36 เดือน	ไม่สามารถขอคืนได้	-

- หากบริษัทจัดหางาน/นายจ้างออกเงินค่าตัวเครื่องบินขากลับประเทศไทยให้ “จะไม่สามารถทำเรื่องขอเงินคืนได้”
- ขอเงินคืนฯ ภายใน 30 วัน หลังจากเดินทางกลับถึงประเทศไทยเรียบร้อยแล้ว
- * เป็นการคำนวณโดยประมาณ อาจเปลี่ยนแปลงตามอัตราแลกเปลี่ยน

เอกสารประกอบ

1. หนังสือเดินทาง พร้อมสำเนา 1 ชุด
2. สำเนาหน้าวีซ่าของประเทศอิสราเอลทุกหน้า
3. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา 1 ชุด
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ในประเทศไทย
5. ใบเสร็จรับเงินของบริษัทจัดหางานที่ได้รับที่สนามบินเบน กูเรียน ประเทศอิสราเอล ตอนชำระเงินค่าบริการ หรือ ใบเสร็จค่าตัวแลกเงินธนาคารของธนาคารกรุงเทพ ที่ท่านได้รับในวันอบรมก่อนการเดินทาง (เอกสารจะเก็บไว้ในช่องพลาสติก)

สถานที่ยื่น

โครงการ “ความร่วมมือไทย – อิสราเอลเพื่อการจัดหางาน” (TIC)

อาคารสำนักงานประกันสังคมพื้นที่ 3 ชั้น 10 ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ : 0 2343 9339 หรือ 0 2343 9350

โทรสาร (แฟกซ์) : 0 2343 9344

เวลาทำงาน : วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 13.00 – 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ)

TIPs!!!

การสัมภาษณ์แรงงาน กรณีรับเรื่องราวจ้างทุกซ์ (อิสราเอล)

- วัน เดือน ปี ที่เดินทางไปทำงานในประเทศอิสราเอล
- วัน เดือน ปี ที่เดินทางกลับประเทศไทย
- สาเหตุของการเดินทางกลับประเทศไทย
- ชื่อ - นามสกุล และหมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง
- มีการเปลี่ยนนายจ้างหรือไม่ ให้ระบุชื่อ - นามสกุลและหมายเลขโทรศัพท์ และระยะเวลาในการทำงานกับนายจ้างแต่ละราย
- ***** เงิน หรือ สิทธิประโยชน์ที่ต้องการเรียกร้อง *****



ชาอูตีอาระเบีย

การยื่นขอรับเงินประกันสังคม (GOSI-โกซี) ประเภทเงินกองทุนยังชีพ



1. ผู้มีสิทธิ์ยื่นคำร้อง

- » ได้เข้าไปทำงานในประเทศซาอุดีอาระเบีย ก่อนวันที่ 12 มีนาคม 2529 (ค.ศ. 1986)
- » เป็นสมาชิกและถูกหักค่าจ้างสมทบประกันสังคม มากกว่า 12 เดือน

**** ไม่รับพิจารณาหากไม่สามารถนำหนังสือเดินทางฉบับจริง (ก่อนวันที่ 12 มีนาคม 2529 (ค.ศ. 1986) มาแสดงได้ ****

2. การจัดเตรียมเอกสาร

กรณีคนงานมีเฉพาะหนังสือเดินทาง

แบบฟอร์มการขอรับเงินประกันสังคม แบบไม่มีบัตรประกันสังคม (โกซี)

» สำเนาหนังสือเดินทาง*

- หน้าที่มีรูปถ่าย

- หน้าที่มีตราประทับวีซ่าเดินทางไปทำงานในประเทศซาอุดีอาระเบีย

» แบบฟอร์มออนไลน์ กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษพร้อมให้ธนาคารตรวจสอบความถูกต้องและประทับตรา

กรณีคนงานมีหนังสือเดินทางและบัตรประกันสังคม (โกซี)

แบบฟอร์มการขอรับเงินประกันสังคม แบบมีบัตรประกันสังคม (โกซี)**

» สำเนาหนังสือเดินทาง*

- หน้าที่มีรูปถ่าย

- หน้าที่มีตราประทับวีซ่าเดินทางไปทำงานในประเทศซาอุดีอาระเบีย

» สำเนาบัตรประกันสังคม (โกซี)

» แบบฟอร์มออนไลน์ กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษพร้อมให้ธนาคารตรวจสอบความถูกต้องและประทับตรา

*รับรองสำเนาถูกต้องพร้อมลงลายมือชื่อเหมือนกับหนังสือเดินทางทุกฉบับ

** การกรอกเลขสมาชิกในบัตรต้องแปลงเลขจากเลขภาษาอาหรับให้เป็นเลขสากล

3. การจัดส่งเอกสาร

รวบรวมเอกสารทั้งหมด ส่งไปรษณีย์ (ลงทะเบียน) ไปที่สำนักงานประกันสังคมซาอุดีอาระเบีย ตามที่อยู่ด้านล่าง

📍 GENERAL ORGANIZATION FOR SOCIAL INSURANCE
(RIYADH OFFICE)
OVERSEAS PENSION DEPARTMENT
P.O. BOX 2952, RIYADH 11461

และ

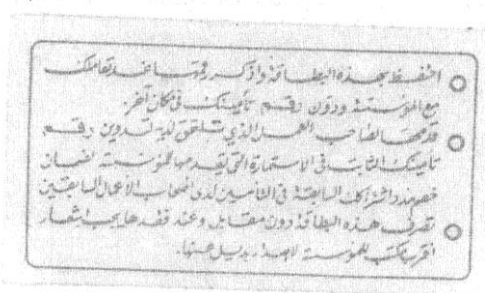
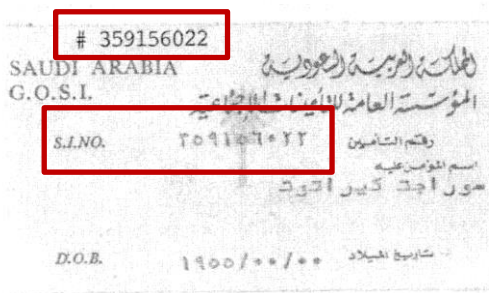
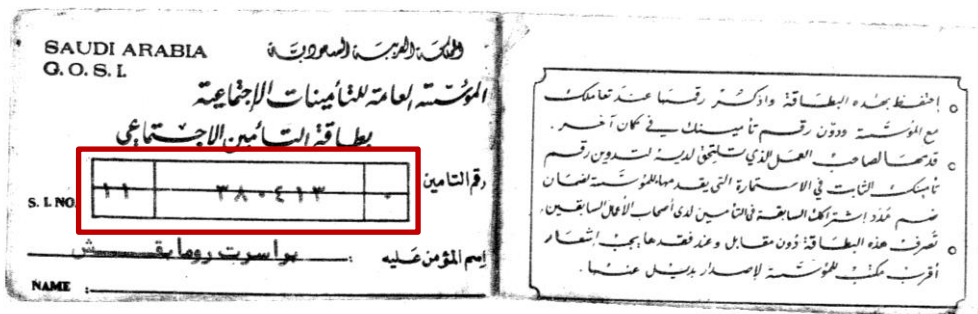
Email: ryd@gosi.gov.sa และ compensation_ri@gosi.gov.sa
หรือส่งผ่านสำนักงานแรงงานจังหวัด เพื่อส่งต่อให้สำนักประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ แจกส่งสำนักงานแรงงานในประเทศซาอุดีอาระเบีย (กรุงริยาด) ดำเนินการต่อไป

บุคคลที่สามารถยื่นขอรับเงิน GOSI (กรณีเสียชีวิต)

- » ภรรยาของผู้เสียชีวิต (ต้องจดทะเบียนสมรสและไม่สมรสใหม่)
- » บุตรชาย/บุตรสาวของผู้เสียชีวิต ที่มีอายุไม่เกิน 21 ปีบริบูรณ์ (บุตรสาวต้องโสดเท่านั้น)
- » หลานที่เกิดกับบุตรชายของผู้เสียชีวิต
- » บิดาหรือมารดาของผู้เสียชีวิต
- » ปู่และย่าของผู้เสียชีวิต
- » ที่นั่งของผู้เสียชีวิต (ต้องอยู่ในการอุปการะของผู้เสียชีวิต)

*** เป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งตามลำดับนี้เท่านั้น ***

ตัวอย่างบัตรสมาชิกโกซี



*บัตรรุ่นหลังจะเขียนเลขฮินดู-อารบิก ด้วย ทำให้อ่านได้ง่ายขึ้น (ทั้งไว้ 2 กรอบ เป็นเลขชุดเดียวกัน)

ตารางเทียบตัวเลขอารบิก

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩

ตัวอย่างตราประทับเข้า-ออกประเทศไทย ในยุคก่อน



ขาออกเป็นรูปสามเหลี่ยม มีคำว่า Departed
ให้ดูตรงตรานี้ว่าต้องออกจากไทยก่อน 12 Mar 1986
(12 มีนาคม 2529)

ขาเข้าเป็นรูปวงรี ไม่ต้องนำมาพิจารณา

GENERAL ORGANIZATION FOR SOCIAL INSURANCE (GOSI)
OVERSEAS PENSION DEPARTMENT
P.O.BOX 2952 RIYADH 11461
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

SUBJ: REFUND OF GOSI PAYMENT

DEAR SIR,

THROUGH THIS LETTER I WOULD LIKE TO APPLY FOR GOSI REFUND.

MY PARTICULARS ARE AS FOLLOW:

1. NAME.....
 2. NATIONALITY.....
 3. GOSI NUMBER.....
 4. HOME ADDRESS.....
-
-

ENCLOSE HEREWITH IS MY A COPY OF GOSI CARD AND MY PASSPORT

YOURS FAITHFULLY,

.....

...../...../.....

กรอกเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น

GENERAL ORGANIZATION FOR SOCIAL INSURANCE (GOSI)
OVERSEAS PENSION DEPARTMENT
P.O.BOX 2952 RIYADH 11461
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

SUBJ: REFUND OF GOSI PAYMENT

DEAR SIR,

I PAID THE SOCIAL INSURANCE CONTRIBUTIONS MONTHLY THROUGH MY COMPANY, HOWEVER MY EMPLOYER DID NOT GIVE ME THE GOSI CARD. I WOULD LIKE TO APPLY FOR GOSI REFUND. MY PARTICULARS ARE AS FOLLOW:

1. NAME.....
2. NATIONALITY.....PASSPORT NUMBER.....
3. EMPLOYER NAME.....
4. EMPLOYER ADDRESS.....
.....
5. POSITION
6. FROM.....UNTIL.....
7. HOME ADDRESS
-

YOUR CONSIDERATION IS HIGHLY APPRICIATED.

YOURS FAITHFULLY,

.....

...../...../.....

กรอกเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น

Transfer of receivables to beneficiaries abroad form

Please fill in the details below, and then ask your bank or financial institution to verify the information you have provided.

Social insurance Number	<input type="text"/>	Beneficiary Name
-------------------------	----------------------	------------------	-------

PAYEE INFORMATION

Payee type	<input type="radio"/> Beneficiary him/herself	<input type="radio"/> Guardain
Payee name	.....
Mailing address	Country name	.....
Home phone number	Mobile	.....
E-mail address	.....

BANK DETAILS

Name of bank or Financial institution	.....
Bank address	.....

BANK ACCOUNT DETAILS

Account holder name	.....
Account number	.....
Branch code	.....
International bank Account number (IBAN)	<input type="text"/>

IF YOU DO NOT HAVE AN IBAN PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING

Swift code	<input type="text"/>	
Fedwire/ABA number	IFSC code

To the Bank/Financial Institution: We confirm that the customer account details are correct and it can receive international deposits.

Bank/Financial Institution Stamp

Payee Statement

I declare that the above information is correct and complete. I agree to notify GOSI if there are any changes to the above information, GOSI will not be responsible for the consequences if any of the given information above is incorrect.

Name	.....
Signature	Date	.....



TIPs!!!

การสัมภาษณ์แรงงาน กรณีรับเรื่องราวร้องทุกข์ (ชาอูดีอาระเบีย)

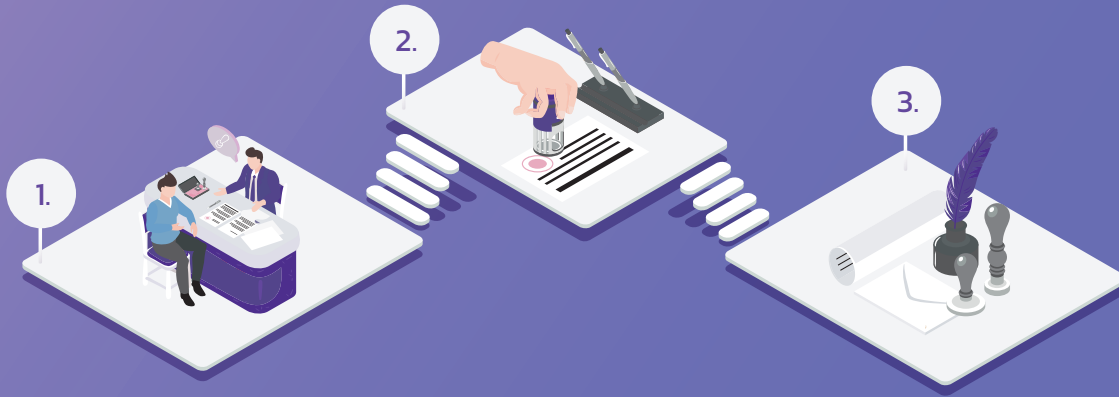
- ❖ เคยได้รับเงิน **GOSI** มาก่อนหรือไม่
- ❖ ยื่นของตนเอง หรือ ยื่นแทน (กรณีเสียชีวิต)
- ❖ กรอกแบบฟอร์มให้ถูกต้อง (มีบัตรหรือไม่มีบัตร **GOSI**)
- ❖ ระบุวัน เดือน ปี ที่เข้าไปทำงานในชาอูดีอาระเบีย
และวัน เดือน ปี ที่เดินทางกลับประเทศไทยให้ถูกต้อง

*****ระบุชื่อ - ที่อยู่ ของบริษัทและเมืองที่ทำงาน
ในชาอูดีอาระเบียให้ครบถ้วน *****



ญี่ปุ่น

การยื่นขอรับเงินบำนาญชราภาพ จาก สำนักงาน Japan Pension Service



1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง

- » เป็นผู้ที่ไม่มีสัญชาติญี่ปุ่น
- » เป็นผู้ที่มิระยเวลาอยู่ในระบบประกันบำนาญสำหรับลูกจ้างเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป (จ่ายเงินสมทบ 6 เดือน ขึ้นไป)
- » ไม่ทำนกอาศัยในประเทศญี่ปุ่น
- » เป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิรับเงินบำนาญ

2. การจัดเตรียมเอกสาร

- » แบบฟอร์มขอรับเงินบำนาญ** (กรอกด้วยตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่)
 - » สำเนาหนังสือเดินทาง จำนวน 3 แผ่น
 - หน้าที่มีรูปถ่าย
 - หน้าที่แสดงสถานภาพการพำนัก (ประเภทวีซ่า)
 - หน้าที่มีตราประทับวันเดินทางออกประเทศญี่ปุ่นครั้งสุดท้าย
 - » สมุดพกประจำตัวผู้ประกันตนกรณีบำนาญ (ฉบับจริงเท่านั้น)
- *รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับและลงลายมือชื่อเหมือนกับหนังสือเดินทาง
- **แบบฟอร์มต้องประทับตรารับรองของธนาคารที่ต้องการให้โอนเข้าบัญชี

3. การจัดส่งเอกสาร

- » นำเอกสารทั้งหมดใส่ลงในซอง ส่งไปรษณีย์อากาศ (ลงทะเบียน) ส่งไปตามที่อยู่ด้านล่างนี้
Japan Pension Service
3-5 -24 Takaido-nishi, Suginami-Ku,
Tokyo 168-8505 Japan



เงินประกันบำนาญประเทศญี่ปุ่น

ผู้มีสิทธิ

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. เป็นผู้ที่ไม่มีสัญชาติญี่ปุ่น |
| <input type="checkbox"/> | 2. เป็นผู้ที่มีระยะเวลาอยู่ในระบบประกันบำนาญสำหรับลูกจ้างเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป (จ่ายเงินสมทบ 6 เดือนขึ้นไป) |
| <input type="checkbox"/> | 3. ไม่พำนักอาศัยในประเทศญี่ปุ่น |
| <input type="checkbox"/> | 4. เป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิรับเงินบำนาญ |

เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. แบบฟอร์มขอรับเงินบำนาญ
(กรอกด้วยตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่ และต้องประทับตรารับรองของธนาคารที่ต้องการให้โอนเข้าบัญชี) |
| <input type="checkbox"/> | 2. สำเนาหนังสือเดินทางที่ใช้ไปทำงานในประเทศดังกล่าว <u>หน้าที่มีรูปถ่าย</u> |
| <input type="checkbox"/> | 3. สำเนาหนังสือเดินทางที่ใช้ไปทำงานในประเทศดังกล่าว <u>หน้าที่แสดงสถานภาพการพำนัก (ประเภทวีซ่า)</u> |
| <input type="checkbox"/> | 4. สำเนาหนังสือเดินทางที่ใช้ไปทำงานในประเทศดังกล่าว <u>หน้าที่มีตราประทับวันเดินทางออกญี่ปุ่นครั้งสุดท้าย</u> |
| <input type="checkbox"/> | 5. สมุดปกประจำตัวผู้ประกันตนกรณีบำนาญ (ฉบับจริงเท่านั้น) |

- หมายเหตุ**
1. รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับและลงลายมือชื่อเหมือนกับหนังสือเดินทาง
 2. แบบฟอร์มต้องประทับตรารับรองของธนาคารที่ต้องการให้โอนเข้าบัญชี

การยื่นเอกสาร

แรงงานต้องยื่นด้วยตนเอง

โดยนำเอกสารทั้งหมดใส่ลงในซอง ส่งไปรษณีย์อากาศ (ลงทะเบียน) ส่งไปตามที่อยู่ด้านล่างนี้

Japan Pension Service

3-5 -24 Takaido-nishi, Suginami-Ku, Tokyo 168-8505 Japan

ใบยื่นคำร้องขอรับเงินคืนจากกรมประกันสังคม
 (กองทุนสำรองเลี้ยงชีพระชาชาติประกันเงินทดรองเลี้ยงชีพพนักงานบริษัท)
脱退一時金請求書 (国民年金 / 厚生年金保険)

受付番号 (日本年金機構 記入)

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

※ 申請書は必ず記入してください。記入はブルブレットの文字を正確に記入してください。 (記入はブルブレットの文字を正確に記入してください。)

3. ชื่อ, วันเดือนปีเกิด และที่อยู่ (請求者氏名、生年月日及び住所)
 ② 次の 1~5 について必要事項を記入してください。

1. วันที่ ปี เดือน 日 年 月 日	記入日 วันที่	2. ลายมือชื่อ 請求者本人の署名(サイン)
----------------------------------	---------------	--------------------------------

ชื่อ 氏名	<input type="checkbox"/> นาย (ชื่อต้น) (ชื่อกลาง) (นามสกุล) <input type="checkbox"/> นางสาว
วันเดือนปีเกิด 生年月日	ปี 月 日 年 月 日
ที่อยู่หลังจากการประเท ศญี่ปุ่น 離日後の住所	เมือง รหัสไปรษณีย์ ประเทศ

4. กรุณาระบุบัญชีธนาคารที่ต้องการให้โอนเงินเข้า (脱退一時金振込先口座)

สำหรับเจ้าหน้าที่ 日本年金機構記入欄	1	3	銀行番号						
ชื่อธนาคาร 銀行名									
ชื่อสาขาของธนาคาร 支店名									
ที่อยู่ของสาขานาคาร 支店の所在地	เมือง	รหัสไปรษณีย์	ประเทศ						
หมายเลขบัญชี 口座番号	อักษรโรมัน			ประเทศที่บัตรหรือรับรองของธนาคาร 銀行の口座証明印					
ชื่อเจ้าของบัญชียื่นคำร้อง 請求者本人の口座名義	อักษรคาตากานะกรณีที่เป็นธนาคารในญี่ปุ่น カタカナ(日本国内の金融機関に所属した際の氏名)								

5. หมายเลขสมุดบันทึกเงินสำรองเลี้ยงชีพ (年金手帳の記載事項)

หมายเลขเงินสำรองเลี้ยงชีพพื้นฐาน 基礎年金番号									
หมายเลขทะเบียนประกันเงินสำรองเลี้ยงชีพพนักงานบริษัท 厚生年金保険の記号番号									
หมายเลขทะเบียนประกันเงินสำรองเลี้ยงชีพพนักงานรัฐหรือครู 厚生年金保険(給員保険)の記号番号									
หมายเลขทะเบียนกองทุนสำรองเลี้ยงชีพประชาชน 国民年金の記号番号									

สำหรับเจ้าหน้าที่ (日本年金機構 記入欄)	日本年金機構 決定印	日本年金機構 受付印
加入制度 チェック 1 チェック 2 チェック 3 チェック 4 		
(送金先国) (課税△/非 0) (本人請求△/他 2) (口座非対象者△ /対象者 01)		

(入力回付年月日)