



## แบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ

ชื่อสถานประกอบการ ..... บริษัท ดี ดี คาร์เซอร์วิส จำกัด .....

ชื่อสาขา (ถ้ามี) .....

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่/สาขา 34/7-9 ซอยโชคชัยร่วมมิตร ถ.วิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล เขตจตุจักร .....

กรุงเทพมหานคร .....

รหัสไปรษณีย์ 10900 โทรศัพท์ 02-2762876 โทรสาร .....

| การนำส่งเงินสมทบสำหรับค่าจ้างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 |                                |           |     |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|-----|
| รายการ                                                |                                | จำนวนเงิน |     |
|                                                       |                                | บาท       | สต. |
| 1.                                                    | เงินค่าจ้างทั้งสิ้น            | 318,100   | 00  |
| 2.                                                    | เงินสมทบผู้ประกันตน            | 12,455    | 00  |
| 3.                                                    | เงินสมทบนายจ้าง                | 12,455    | 00  |
| 4.                                                    | รวมเงินสมทบที่นำส่งทั้งสิ้น    | 24,910    | 00  |
| ( สองหมื่นสี่พันเก้าร้อยสิบบาทถ้วน )                  |                                |           |     |
| 5.                                                    | จำนวนผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบ | 20        | คน  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้เป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ  
พร้อมนี้ได้แนบ

- ☐ รายละเอียดการนำส่งเงินสมทบ จำนวน ..... แผ่น หรือ
- ☐ แผ่นจากแม่เหล็ก จำนวน ..... แผ่น
- ☒ อินเทอร์เน็ต
- ☐ อื่นๆ .....



ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

ยื่นแบบวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ ทำรายการ สปส.1-10 ส่วนที่ 2 ผ่านระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์ (<http://www.sso.go.th/eservices>)

หมายเลขธุรกรรม: 2454230570

เลขที่บัญชี 1 0 — 0 1 7 8 6 0 2 — 5

ลำดับที่สาขา 0 0 0 0 0 0

อัตราเงินสมทบร้อยละ ..... 5.00 .....

|                                                |
|------------------------------------------------|
| สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม           |
| ชำระเงินวันที่ .....                           |
| เงินเพิ่ม (ถ้ามี) ..... บาท ..... สตางค์ ..... |
| ใบเสร็จรับเงินเลขที่ .....                     |
| ลงชื่อ .....                                   |
| ( ..... )                                      |
| สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร                        |
| ชำระเงินวันที่ .....                           |
| ใบเสร็จรับเงินเลขที่ .....                     |
| ประทับตราธนาคาร .....                          |
| ลงชื่อ .....                                   |
| ( ..... )                                      |



09940001596760210017860250000001 062567000100020 0002491000