



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນາຖາວອນ

ແບບຟອມແຈ້ງຫຼຸດ

ຫ້ອງການກອງທຶນປະກັນສັງຄົມແຫ່ງຊາດ

ກະຊວງ/ອົງການທຽບເທົ່າ/ແຂວງ.....ກົມ.....
 ພະແນກ.....ຫ້ອງການ :.....ເບີໂທ :

ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ເກີດສິດທິຕ້ອງການແຈ້ງຫຼຸດ

ລ/ດ	ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງຜູ້ເກີດສິດທິຕ້ອງການ ແຈ້ງຫຼຸດ	ເລກລະຫັດບັດປະກັນສັງຄົມ (12 ໂຕເລກ)	ປະເພດຜູ້ເກີດສິດ	ສາຍເຫດທີ່ແຈ້ງຫຼຸດ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

ໝາຍເຫດ

ຄຳຢັ້ງຢືນຂອງກົມກອງທຶນຜູ້ກ່ຽວສັງກັດ

ຄຳຢັ້ງຢືນຈາກຜູ້ປະສານງານ

- ກາລຸນາຂັດຕິດບັດປະກັນສັງຄົມ ມາກັບແບບຟອມນີ້.