



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນາຖາວອນ

ຫ້ອງການກອງທຶນປະກັນສັງຄົມແຫ່ງຊາດ

ແບບຟອມຂໍຂຶ້ນທະບຽນ ສຳລັບຜູ້ເສຍອົງຄະຮາກຖານ

1. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ຮູບຂະໜາດ
3 x 4 ຊມ

ຊື່:, ນາມສະກຸນ:, ເພດ: ຊາຍ ຍິງ
ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ:...../...../....., ບ້ານເກີດ:....., ເມືອງ:.....
ແຂວງ:..... ເລກບັດປະຈຳຕົວ :,
ປຶ້ມສຳມະໂນຄົວເລກທີ:....., ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ: ເຮືອນເລກທີ.....,
ໜ່ວຍ:....., ບ້ານ:....., ເມືອງ:, ແຂວງ:,
ເລກໂທລະສັບມືຖື:....., ໂທລະສັບເຮືອນ:.....
ໂຮງໝໍທີ່ທ່ານເລືອກເພື່ອປິ່ນປົວ: ໂຮງໝໍຂັ້ນຕົ້ນ....., ໂຮງໝໍສຳຄັນ:.....

2 ຂໍ້ມູນການເສຍອົງຄະ

ສາຍເຫດການເສຍອົງຄະ:....., ເລກທີຂໍ້ຕົກລົງອະນຸມັດອຸດໜູນເສຍ
ອົງຄະ :...../....., ລົງວັນທີ...../...../..... . ບັດເສຍອົງຄະເລກທີ:, ປະເພດເສຍ
ອົງຄະ:....., ສ່ວນຮ້ອຍການເສຍອົງຄະ:....., ວັນ, ເດືອນ, ປີ ເລີ່ມຮັບອຸດໜູນເສຍອົງຄະ:...../...../.....,
ຂໍ້ຫ້ອງການທີ່ທ່ານຮັບເງິນອຸດໜູນເສຍອົງຄະ:.....,
ຈຳນວນເງິນເສຍອົງຄະທີ່ໄດ້ຮັບປະຈຸບັນ:.....ກີບ.

3. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງກັບຄວາມຈິງທຸກປະການ.

ການຢັ້ງຢືນຂອງກົມກອງທີ່ຜູ້ກ່ຽວຮັບເງິນ
(ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາ)

ເຊັນເຈົ້າຂອງຄຳຮ້ອງ:

ຊຽນທີ່:....., ວັນທີ:...../...../.....