

แบบแจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อน

วัน/เดือน/ปี ที่แจ้งรายการ.....

ชื่อหน่วยงานผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย...กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

ผู้มีเงินได้ชื่อ.....ชื่อสกุล.....

ที่อยู่ : อาคาร.....ห้องเลขที่.....ชั้นที่.....หมู่บ้าน.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....แยก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์

- | | |
|---|--|
| 1. สถานภาพ | สถานภาพการสมรส |
| <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> หม้าย | <input type="checkbox"/> สมรสและอยู่ร่วมกันตลอดปีภาษี <input type="checkbox"/> สมรสระหว่างปีภาษี |
| <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> คายระหว่างปีภาษี | <input type="checkbox"/> หย่าระหว่างปีภาษี <input type="checkbox"/> คายระหว่างปีภาษี |
| 2. สถานะการมีเงินได้ของคู่สมรส <input type="checkbox"/> มีเงินได้ <input type="checkbox"/> ไม่มีเงินได้ | |
| 3. จำนวนบุตรรวม.....คน มีสิทธินำมาหักลดหย่อนจำนวน.....คน | |
| บุตรคนละ 30,000 บาท | <input type="text"/> |
| (ต่างฝ่ายต่างใช้สิทธิหักลดหย่อนได้ตลอดปีภาษี) | |
| 4. ค่าอุปการะเลี้ยงดู <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา (ของผู้มีเงินได้หักได้คนละ 30,000 บาท) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา (ของคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้หักได้คนละ 30,000 บาท) | <input type="text"/> |
| 5. ค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ คนละ 60,000 บาท รวมทั้งสิ้น.....คน | <input type="text"/> |
| 6. เบี้ยประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา ของผู้มีเงินได้ (หักได้เท่าที่ผู้มีเงินได้ได้จ่ายจริงแต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา ของคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้ | |
| 7. เบี้ยประกันชีวิตที่จ่ายภายในปีภาษี (ลดหย่อนได้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 10,000 บาท ส่วนที่เกิน 10,000 บาท ได้รับยกเว้นเงินได้หลังหักค่าใช้จ่าย แต่ไม่เกิน 90,000 บาท กรณีคู่สมรสไม่มีเงินได้และความเป็นสามีภริยามีอยู่ตลอดปีภาษี หักลดหย่อนของคู่สมรสได้อีก ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 10,000 บาท กรณีความเป็นสามีภริยามิได้มีอยู่ตลอดปีภาษี จะนำเบี้ยประกันชีวิตของคู่สมรสมาหักไม่ได้) | <input type="text"/> |
| 8. เบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายภายในปีภาษี (ลดหย่อนได้ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท และเมื่อรวมกับ ค่าเบี้ยประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตที่มีกำหนดเวลาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ต้องไม่เกิน 100,000 บาท) | <input type="text"/> |
| 9. เงินสะสมที่จ่ายเข้า กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือกองทุนการออมแห่งชาติ หรือกองทุน กบข. หรือกองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชน (หักได้ไม่เกิน 500,000 บาท) ภายในปีภาษี | <input type="text"/> |
| 10. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (เฉพาะส่วนที่ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ โดยเมื่อรวมกับเงินสะสมที่จ่ายเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือกองทุนการออมแห่งชาติ หรือกองทุน กบข. หรือกองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชนแล้ว ไม่เกิน 500,000 บาท) ภายในปีภาษี | <input type="text"/> |
| ชื่อผู้ขายหน่วยลงทุน..... | |
| 11. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมหุ้นระยะยาว (เฉพาะส่วนที่ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ แต่ไม่เกิน 500,000 บาท) ภายในปีภาษี | <input type="text"/> |
| ชื่อผู้ขายหน่วยลงทุน..... | |
| 12. ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมเพื่อซื้อ เช่าซื้อ หรือสร้างอาคารที่อยู่อาศัย (ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท) | <input type="text"/> |
| 13. เงินสมทบกองทุนประกันสังคมภายในปีภาษี | <input type="text"/> |
| 14. เงินบริจาคสนับสนุนการศึกษา | <input type="text"/> |
| 15. เงินบริจาคอื่น ๆ (ระบุ)..... | <input type="text"/> |

ขอรับรองว่ารายการที่แสดงไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มีเงินได้

หมายเหตุ : (1) ปีภาษี หมายถึง เดือนมกราคม - ธันวาคม

(2) กรณีหักค่าลดหย่อนต้องมีการจ่ายจริงในปีที่แจ้งรายการ และต้องแนบสำเนาหลักฐานแสดงสิทธิในการหักลดหย่อน

(3) ให้แจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อนก่อนถูกหักภาษี และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการข้างต้น