

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

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> สมรสและอยู่ร่วมกันตลอดปีภาษี	<input type="checkbox"/> สมรสระหว่างปีภาษี
<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> ดายระหว่างปีภาษี	<input type="checkbox"/> หย่าระหว่างปีภาษี	<input type="checkbox"/> ดายระหว่างปีภาษี
2. สถานะการมีเงินได้ของคู่สมรส มีเงินได้ ไม่มีเงินได้
3. จำนวนบุตรรวม.....คน มีสิทธินำมาหักลดหย่อนจำนวน.....คน
 บุตรคนละ 30,000 บาท
(ต่างฝ่ายต่างใช้สิทธิหักลดหย่อนได้ตลอดปีภาษี)

4. ค่าอุปการะเลี้ยงดู บิดา มารดา *(ของผู้มีเงินได้หักได้คนละ 30,000 บาท)*
 บิดา มารดา *(ของคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้หักได้คนละ 30,000 บาท)*

5. ค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ คนละ 60,000 บาท รวมทั้งสิ้น.....คน

--	--
6. เบี้ยประกันสุขภาพ

<input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา ของผู้มีเงินได้	<i>(หักได้เท่าที่ผู้มีเงินได้ได้จ่ายจริงแต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท)</i>
<input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา ของคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้	

--	--
7. เบี้ยประกันชีวิตที่จ่ายภายในปีภาษี *(ลดหย่อนได้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 10,000 บาท ส่วนที่เกิน 10,000 บาท ได้รับยกเว้นเงินได้หลังหักค่าใช้จ่าย แต่ไม่เกิน 90,000 บาท กรณีคู่สมรสที่ไม่มีเงินได้และความเป็นสามีภริยามีอยู่ตลอดปีภาษี หักลดหย่อนของคู่สมรสได้อีก ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 10,000 บาท กรณีความเป็นสามีภริยามีได้มีอยู่ตลอดปีภาษี จะนำเบี้ยประกันชีวิตของคู่สมรสมาหักไม่ได้)*

--	--
8. เบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายภายในปีภาษี *(ลดหย่อนได้ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท และเมื่อรวมกับ ค่าเบี้ยประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตที่มีกำหนดเวลาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ต้องไม่เกิน 100,000 บาท)*

--	--
9. เงินสะสมที่จ่ายเข้า กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือกองทุนการออมแห่งชาติ หรือกองทุน กบข. หรือกองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชน *(หักได้ไม่เกิน 500,000 บาท) ภายในปีภาษี*

--	--
10. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ *(เฉพาะส่วนที่ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ โดยเมื่อรวมกับเงินสะสมที่จ่ายเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือกองทุนการออมแห่งชาติ หรือกองทุน กบข. หรือกองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชนแล้ว ไม่เกิน 500,000 บาท) ภายในปีภาษี*
 ชื่อผู้ขายหน่วยลงทุน.....

--	--
11. ค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมหุ้นระยะยาว *(เฉพาะส่วนที่ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ แต่ไม่เกิน 500,000 บาท) ภายในปีภาษี*
 ชื่อผู้ขายหน่วยลงทุน.....

--	--
12. ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมเพื่อซื้อ เช่าซื้อ หรือสร้างอาคารที่อยู่อาศัย *(ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท)*

--	--
13. เงินสมทบกองทุนประกันสังคมภายในปีภาษี

--	--
14. เงินบริจาคสนับสนุนการศึกษา

--	--
15. เงินบริจาคอื่น ๆ *(ระบุ)*.....

--	--

ขอรับรองว่ารายการที่แสดงไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มีเงินได้

หมายเหตุ : (1) ปีภาษี หมายถึง เดือนมกราคม - ธันวาคม

(2) กรณีหักค่าลดหย่อนต้องมีการจ่ายจริงในปีที่แจ้งรายการ และต้องแนบสำเนาหลักฐานแสดงสิทธิในการหักลดหย่อน

(3) ให้แจ้งรายการเพื่อการหักลดหย่อนก่อนถูกหักภาษี และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการข้างต้น