

## คำแนะนำ การส่งข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพ

### 1. ข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพรายการเพิ่มเติม (INSERT)

1.1 จัดทำข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพเฉพาะรายการที่ได้รับความยินยอมให้ส่งข้อมูลให้กรมสรรพากร โดยรายการเบี่ยงประกันสุขภาพต้องเป็นจำนวนเบี่ยงประกันตามที่จ่ายจริง และสามารถหักลดหย่อนได้ ตามข้อ 2(97) แห่งกฎกระทรวง ฉบับที่ 126 (พ.ศ.2509) ออกตามความในประมวลรัษฎากร ว่าด้วยการ ยกเว้นรัษฎากร และประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 315) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี่ยงประกันภัย สำหรับการประกันสุขภาพของผู้มีเงินได้

- 1.2 จัดทำข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพที่มีการชำระเบี่ยงประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในปีภาษีนั้นทุกรายการ เช่น
- 1) ชำระเป็นรายเดือน 12 เดือน จะมีรายการข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพ 12 รายการ
  - 2) ชำระเป็นรายครึ่งปี จะมีรายการข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพ 2 รายการ
  - 3) ชำระเป็นรายปี จะมีรายการข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพ 1 รายการ
- โดยทุกรายการมีสถานะเป็น INSERT กำหนดในรายการข้อมูลที่ 15 ประเภทรายการข้อมูล เป็น “I”

### 2. ข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพสำหรับรายการแก้ไข (EDIT)

2.1 กรณีมีการแก้ไขข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพ สถานะเป็น EDIT กำหนดให้สามารถแก้ไขข้อมูลเฉพาะ รายการดังต่อไปนี้

- 1) คำนำหน้าชื่อผู้เอาประกัน
- 2) ชื่อผู้เอาประกัน
- 3) นามสกุลผู้เอาประกัน
- 4) เบี่ยงประกันสุขภาพ

2.2 จัดทำข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพโดยอ้างอิงข้อมูลเดิมให้ตรงกันทุกรายการของรายการที่มีสถานะ “I” ที่ได้ส่งให้กรมสรรพากรก่อนหน้าที่จะทำการแก้ไขข้อมูลให้ตรงกันทุกรายการ ยกเว้นรายการตาม 1) – 4) โดยกำหนด รายการที่ 14 เป็นวันเดือนปีที่ปรับปรุงรายการ “mmddyyyy” กำหนดรายการที่ 15 ประเภทรายการข้อมูล เป็น “E”

### 3. ข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพสำหรับรายการยกเลิก (DELETE)

กรณีประสงค์จะยกเลิกรายการข้อมูลเบี่ยงประกันสุขภาพ ที่เคยส่งข้อมูลให้กรมฯ แล้ว ให้จัดทำข้อมูล เบี่ยงประกันสุขภาพ โดยอ้างอิงรายการเดิมตั้งแต่รายการที่ 1 – 11 ให้ตรงกันทุกรายการ โดยกำหนดรายการที่ 14 เป็น วันเดือนปีที่ปรับปรุงรายการ “mmddyyyy” และรายการที่ 15 ประเภทรายการข้อมูล เป็น “D”

#### 4. ตัวอย่างข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพ

##### 4.1 ตัวอย่างการจัดทำข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพประเภทรายการเพิ่มเติม (INSERT)

| ลำดับที่ | รายการ  | ตัวอย่างข้อมูล                | หมายเหตุ  |
|----------|---|-------------------------------|---|
| 1        | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร<br>ของผู้รับประกัน | 01005150575XX                 |   |
| 2        | คำนำหน้าชื่อผู้รับประกัน                      | บริษัท                        |   |
| 3        | ชื่อผู้รับประกัน                              | ประกันภัย ABC จำกัด           |   |
| 4        | วัน/เดือน/ปี ที่ชำระ                          | 15032561                      |   |
| 5        | เลขที่ใบรับเงิน/ใบเสร็จรับเงิน                | 01-00123456                   |   |
| 6        | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร                    | 3659900072xxx                 |   |
| 7        | คำนำหน้าชื่อผู้เอาประกัน                      | นางสาว                        |   |
| 8        | ชื่อผู้เอาประกัน                              | ยินดี                         |   |
| 9        | นามสกุลผู้เอาประกัน                           | มันใจ                         |   |
| 10       | เบี้ยประกันสุขภาพ                             | 12000.00                      | จำนวนเต็มบวก<br>ทศนิยม 2 ตำแหน่ง<br>และไม่ต้องใส่ comma (,) |
| 11       | เลขที่กรมธรรม์                                | 508-25670097                  |   |
| 12       | ชื่อกรมธรรม์                                  | แบบ XX 5 ปี (ชนิดมีเงินปันผล) | ถ้าไม่มี ให้กำหนดเป็นค่าว่าง                                |
| 13       | ประเภทกรมธรรม์                                | ประกันสุขภาพ                  | ถ้าไม่มี ให้กำหนดเป็นค่าว่าง                                |
| 14       | วัน/เดือน/ปี<br>ที่ปรับปรุงรายการข้อมูล       |                               | เป็นค่าว่าง   |
| 15       | ประเภทรายการข้อมูล                            | I                             | ประเภทรายการ INSERT   |

#### 4.2 ตัวอย่างการจัดทำข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพประเภทรายการแก้ไข (EDIT)

| ลำดับที่ | รายการ  | ตัวอย่างข้อมูล                | หมายเหตุ  |
|----------|---|-------------------------------|---|
| 1        | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร<br>ของผู้รับประกัน | 01005150575XX                 |   |
| 2        | คำนำหน้าชื่อผู้รับประกัน                      | บริษัท                        |   |
| 3        | ชื่อผู้รับประกัน                              | ประกันภัย ABC จำกัด           |   |
| 4        | วัน/เดือน/ปี ที่ชำระ                          | 15032561                      |   |
| 5        | เลขที่ใบรับเงิน/ใบเสร็จรับเงิน                | 01-00123456                   |   |
| 6        | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร                    | 3659900072xxx                 |   |
| 7        | คำนำหน้าชื่อผู้เอาประกัน                      | นางสาว                        |   |
| 8        | ชื่อผู้เอาประกัน                              | ยินดี                         |   |
| 9        | นามสกุลผู้เอาประกัน                           | มันใจ                         |   |
| 10       | เบี้ยประกันสุขภาพ                             | 7000.00                       | จำนวนเต็มบวก<br>ทศนิยม 2 ตำแหน่ง<br>และไม่ต้องใส่ comma (,) |
| 11       | เลขที่กรมธรรม์                                | 508-25670097                  |   |
| 12       | ชื่อกรมธรรม์                                  | แบบ XX 5 ปี (ชนิดมีเงินปันผล) | ถ้าไม่มี ให้กำหนดเป็นค่าว่าง                                |
| 13       | ประเภทกรมธรรม์                                | ประกันสุขภาพ                  | ถ้าไม่มี ให้กำหนดเป็นค่าว่าง                                |
| 14       | วัน/เดือน/ปี<br>ที่ปรับปรุงรายการข้อมูล       | 22052562                      | ระบุวันที่ปรับปรุงรายการ                                    |
| 15       | ประเภทรายการข้อมูล                            | E                             | รายการแก้ไข   |

4.3 ตัวอย่างการจัดทำข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพประเภทรายการยกเลิก (DELETE)

| ลำดับที่ | รายการ  | ตัวอย่างข้อมูล                | หมายเหตุ  |
|----------|---|-------------------------------|---|
| 1        | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร<br>ของผู้รับประกัน | 01005150575XX                 |   |
| 2        | คำนำหน้าชื่อผู้รับประกัน                      | บริษัท                        |   |
| 3        | ชื่อผู้รับประกัน                              | ประกันภัย ABC จำกัด           |   |
| 4        | วัน/เดือน/ปี ที่ชำระ                          | 15032561                      |   |
| 5        | เลขที่ใบรับเงิน/ใบเสร็จรับเงิน                | 01-00123456                   |   |
| 6        | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร                    | 3659900072xxx                 |   |
| 7        | คำนำหน้าชื่อผู้เอาประกัน                      | นางสาว                        |   |
| 8        | ชื่อผู้เอาประกัน                              | ยินดี                         |   |
| 9        | นามสกุลผู้เอาประกัน                           | มันใจ                         |   |
| 10       | เบี้ยประกันสุขภาพ                             | 12000.00                      | จำนวนเต็มบวก<br>ทศนิยม 2 ตำแหน่ง<br>และไม่ต้องใส่ comma (,) |
| 11       | เลขที่กรมธรรม์                                | 508-25670097                  |   |
| 12       | ชื่อกรมธรรม์                                  | แบบ XX 5 ปี (ชนิดมีเงินปันผล) | ถ้าไม่มี ให้กำหนดเป็นค่าว่าง                                |
| 13       | ประเภทกรมธรรม์                                | ประกันสุขภาพ                  | ถ้าไม่มี ให้กำหนดเป็นค่าว่าง                                |
| 14       | วัน/เดือน/ปี<br>ที่ปรับปรุงรายการข้อมูล       | 22012562                      | ระบุวันที่ปรับปรุงรายการ                                    |
| 15       | ประเภทรายการข้อมูล                            | D                             | รายการยกเลิก  |