

ภาคผนวก ค) แบบฟอร์มและ  
บันทึกรหัสของกระทรวงแรงงาน



# แบบแจ้งการประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี.....
เลขรหัส.....
เลขที่ประจำตัวราชการ.....
วันที่รับ.....

สำหรับนายจ้าง องค์กร หรือผู้ยื่นคำร้องกรณี

- ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี.....  
 สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... จังหวัด..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
 ประเภทกิจการ..... ประเภทผู้รับ..... คน ชื่อสายเคเบิลแจ้งเหตุเจ็บป่วย.....
- ชื่อลูกจ้างที่ประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี  
 ภูมิลำเนาเลขที่..... หมู่ที่..... จังหวัด..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน          เลขที่บัตรประกันสังคม
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
- เวลาทำงานปกติเริ่ม..... น.เลิก..... น. ทำงานสัปดาห์ละ..... วัน
- ขณะประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้ทำค่าจ้างโดยอัตรา (เดือน/วัน/ชั่วโมง/อื่น ๆ)..... บาท/..... บาท
- รายได้อื่น เช่น ค่าธรรมเนียม ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
- การประสมอันตรายเกิดขึ้นที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
- วัน เดือน ปีที่ประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย..... เวลา..... น. วัน เดือน ปี ที่มาแจ้งทราบ.....
- วัน เดือน ปีที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน..... วัน เดือน ปี ที่ส่งคำแจ้งทราบ.....
- สาเหตุที่ประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร).....
- ผลของการประสมอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุไว้หรืออาการ เช่น แขนขาชา ฯลฯ).....
- ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ หรือผู้วินิจฉัยการแพทย์.....
- โรงพยาบาลที่รับไปตรวจวินิจฉัยอาการหรือการแพทย์.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... เลขที่โทรประจำตัวผู้โทร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
 ลงชื่อ..... นาย/นาง/นางสาว.....  
 ตำแหน่ง..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
 ลงชื่อ..... ออกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง:  
 ตำแหน่ง..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ลูกจ้างที่แจ้งการประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย จะต้องแจ้งเหตุให้ทราบแก่ นายจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง ภายใน 6 เดือน นับแต่วันเกิดเหตุ เว้นแต่กรณีที่เกิดเหตุขึ้นในขณะที่ลูกจ้างกำลังเดินทางไปทำงาน

2. ใ้ลูกจ้างหรือผู้ยื่นคำร้องยื่นคำขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดเหตุประสมอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และให้สถานประกอบการยื่นคำร้องต่อกรมประกันสังคม

3. กรณีนายจ้างไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมประกันสังคม ให้คณะกรรมการพิจารณาเงินทดแทนของพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 พิจารณาแทน

4. ผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนไปรษณีย์จะต้องแจ้งที่อยู่ปัจจุบันและที่อยู่เดิม (ถ้ามี) ให้กรมประกันสังคมทราบ และให้กรมประกันสังคมจัดส่งใบแจ้งหนี้ (ใบแจ้งหนี้) ไปยังสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

# สำหรับเจ้าหน้าที่ชั้นทีก

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓

หน้า ๓๓



ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ภูเก็ต

เขียนที่ .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์, แพทย์หญิง ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

สถานที่ยกย่องรักษา ..... โทรศัพท์ .....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

- 1. ผู้ป่วยชื่อ ..... นามสกุล ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี  
H.N. .... AN. ....
- 2. เข้ารับการรักษามาเริ่มแต่วันที่ ..... เวลา .....
- 3.  กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน  กรณีเจ็บป่วยอันตรายนอกจากการทำงาน
- 3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย .....
- 4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ .....
- 5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ .....
- (Pertinent Physical Exam) .....
- 6. ผลการตรวจพิเศษ .....
- (Investigation) .....
- 7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้รหัส ICD ) 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- (Diagnosis) .....
- โรคแทรก .....
- 8. การรักษา  แนะนำ  ยา, แนะนำ  ผ่าตัด  หัตถการอื่น ๆ ระบุ .....
- (Treatment) .....
- ดำเนินการผ่าตัด 1 .....
- วันที่ .....
- 2 .....
- วันที่ .....
- 9. ระยะเวลาของพักรักษาตัว  นี้อย่างน้อย ..... เดือน ..... วัน ส่วนวันที่ .....
- วันสิ้นสุดการรักษา  ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
- 10. ผลการรักษา  สูญเสียสมรรถภาพอย่างรุนแรงหรือถาวร 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- ร้อยละ .....
- ร้อยละ .....
- ร้อยละ .....
- ไม่มีผลรุนแรง
- เสียชีวิตจากสาเหตุ .....

11. ความเห็นอื่น .....

(Comments) .....

สำนักงานสาธารณสุขภูเก็ต โทร ๐๗๖-๓๒๕-๕๒๕

สำนักงาน: ถนนวิภาวดีรังสิต

แพทย์ผู้ตรวจ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ

..... ตั้งอยู่เลขที่.....

..... โทรศัพท์..... ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

เลขที่บัญชี             ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการ

ทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่..... ณ สถานที่.....

.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย.....

.....

โปรดให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามความจำเป็น เนื่องจากอันตรายที่ได้รับในครั้งนี้นี้ด้วย และเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจาก

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน  สำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ในกรณีที่สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....

..... ปฏิเสธการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลนี้ทั้งหมด หรือบางส่วน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้จ่ายเงิน

ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดหรือส่วนที่เหลือให้แก่สถานพยาบาลนี้ แทนลูกจ้างผู้รับการรักษาพยาบาล ตามวงเงินที่กำหนด

ในกฎหมายเกี่ยวกับเงินทดแทน

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของบริษัท หรือห้างร้าน (ถ้ามี)

หมายเหตุ สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่สอง โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างผู้ส่งตัวลูกจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร 968-9844-5

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่..... สำนักงานประกันสังคมจังหวัด..... โทร.....





