

ประกาศสำนักงานประกันสังคม

เรื่อง การแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

และการขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน

พ.ศ. ๒๕๓๓

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของนายจ้าง และการขอรับเงินทดแทนของลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ เพื่อประโยชน์ในการแจ้งการประสบอันตรายและการขอรับเงินทดแทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๘ และมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๓ สำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และการขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๓ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๓๓

(๒) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และการขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๓ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๐

ข้อ ๒ ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างตามแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๓ (กท. ๑๖) ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ให้ลูกจ้างหรือบุคคลอื่นใดที่เห็นว่าตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทน
ยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนตามแบบซึ่งกำหนดในข้อ ๒ พร้อมหลักฐานของแพทย์
ผู้รักษา ตามแบบหนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา (กท. ๑๖/๑) ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๓

รังสฤษฎ์ จันทรัตน์

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

၀၇. ၁၆

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัญชี *****

เลขรหัส

เลขที่ประทับอันตราย

วันที่รับ

1. ชื่อสถานประกอบการ เลขที่บัญชี

สำนักงานเลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ซอ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ประเภทกิจการ จำนวนลูกจ้าง คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน

2. ชื่อถูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย, นาง, นางสาว) นาย

ภูมิตำแนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.วอวก/ชอว อ.น

ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์
-----------	-----------	---------	--------------	----------

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตร/ระกันผู้ควบคุม

3. วันเดือนปีที่ถูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ซึ่งจะประสบอันตราย เป็นป่วย หรือสลดหาย

4. เวลาทำงานปกติเริ่ม น. เด็ก น. ทำงานสัปดาห์ละ วัน

5. ขณะประทับอันคราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ) ละ บาท

6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด)

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย เวลา น. วัน เดือน ปี ที่นำส่งตรวจรักษา

๑. วัน เดือน ปี ที่ถูกจ้างเริ่มทำงาน วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน

10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร) _____

11. ผลของการประสมอันตราหรือเจ็บป่วย (ระบุวิธีหรืออาการ เช่น ผื่นบวมแดง)

12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้เห็นเหตุการณ์ _____

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เลขที่บัตรประจำตัวผู้ไข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 ลงชื่อ _____ นายจ้าง/หัวหน้างาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 ลงชื่อ _____ พนักงาน/ผู้เกี่ยวข้อง

()

ตำแหน่ง วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำเตือน 1. ให้นายจ้างแจ้งการประกันอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2. ให้ผู้จ้างหรือผู้รับโอนคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประณันตราฯ เสร็จป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน

3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทอนทุน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)

4. ผู้ใดแจ้งข้อมูลว่าเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

Blank lined area for notes.

ลงชื่อ _____ ผู้บันทึก

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

**หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา**

สำนักงานประกันสังคม

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง) เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สถานที่ตรวจรักษา โทรศัพท์ โทรสาร

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ นามสกุล เพศ อายุ ปี
H.N. A.N.
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่ เวลา น.
3. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการ

โรคเดิม

4. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ
(Pertinent Physical Exam)

5. ผลการตรวจพิเศษ
(Investigation)

6. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรค โดยใช้หลักตาม ICD₁₀)
(Diagnosis)

โรคแทรก

7. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ อื่นๆ ระบุ
(Treatment)

ดำเนินการผ่าตัด

1.
วันที่
2.
วันที่

8. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด เดือน วัน นับแต่วันที่
วันสิ้นสุดการรักษา ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

9. ผลการรักษา ☐ สุขุเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. ร้อยละ
(Result) 2. ร้อยละ
..... 3. ร้อยละ

- ☐ ไม่มีการสูญเสีย
☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ

10. ความเห็นอื่น
(Comments)

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา
วันที่ เดือน พ.ศ.