

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง  
ขอรับ เงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับเจ้าหน้าที่  
เลขที่บัญชี.....  
เลขรหัส.....  
เลขที่ประสบอันตราย.....  
วันที่รับ.....

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

- ชื่อสถานประกอบการ.....เลขที่บัญชี            
สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน.....
- ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี  
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน         เลขที่บัตรประกันสังคม
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน.....ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
- เวลาทำงานปกติเริ่ม..... น. เลิก..... น. ทำงานสัปดาห์ละ..... วัน
- ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่น ๆ.....) ละ.....บาท
- รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
- การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
- วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....เวลา..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ.....
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน.....วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
- สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายที่เกิดขึ้นอย่างไร)
- ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (ระบุโรคภัยหรืออาการ เช่น แขนขาชาขาด).....
- ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เหตุการณ์.....
- โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
ลงชื่อ.....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....) (.....)  
ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- คำเตือน**
- ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความคิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 หรือทั้งจำทั้งปรับ
  - ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
  - พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
  - ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท



หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
 สถานที่ตรวจรักษา.....  
 .....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....
3. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการ.....

โรคเดิม.....

4. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....  
 (Pertinent Physical Exam).....
5. ผลการตรวจพิเศษ.....  
 (Investigation).....
6. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรค โดยใช้หลักตาม ICD<sub>10</sub>).....  
 (Diagnosis).....  
 โรคแทรก.....

7. การรักษา  แนะนำ  ยา, แนะนำ  ผ่าตัด  อื่น ๆ ระบุ.....  
 (Treatment)

- ถ้ามีการผ่าตัด
1. ....  
 วันที่.....
  2. ....  
 วันที่.....

8. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว  มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....  
 วันสิ้นสุดการรักษา.....  ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

9. ผลการรักษา  สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1.....ร้อยละ.....  
 2.....ร้อยละ.....  
 3.....ร้อยละ.....  
 ไม่มีการสูญเสีย.....  
 เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

10. ความเห็นอื่น.....  
 (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

