

ประกาศสำนักงานประกันสังคม

เรื่อง กำหนดแบบและวิธีการแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
และการขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน
พ.ศ. ๒๕๓๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงแบบและวิธีการแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
ของนายจ้าง และการขอรับเงินทดแทนของลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ เพื่อประโยชน์ในการแจ้งการประสบอันตราย
และการขอรับเงินทดแทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๘ และมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน
พ.ศ. ๒๕๓๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ เลขาธิการ
สำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย
หรือสูญหาย และการขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ ลงวันที่
๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๓

ข้อ ๓ ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้าง ตามแบบแจ้ง
การประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน
พ.ศ. ๒๕๓๗ (กท.๑๖) ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ให้ลูกจ้างหรือบุคคลอื่นใดที่เห็นว่าตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทน ยื่นคำร้องขอรับ
เงินทดแทนตามแบบซึ่งกำหนดไว้ในข้อ ๓ พร้อมหลักฐานของแพทย์ผู้รักษา หรือตามแบบหนังสือรับรอง
ของแพทย์ผู้รักษา (กท.๑๖/๑) ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ นายจ้างตามข้อ ๓ และบุคคลตามข้อ ๔ สามารถแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย
หรือสูญหายของลูกจ้าง หรือยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนแล้วแต่กรณี ต่อสำนักงานด้วยตนเอง หรือ
ทางไปรษณีย์ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

อนันต์ชัย อุทัยพัฒนาชีพ

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่บัญชี
เลขรหัส
เลขที่ประสบอันตราย
วันที่รับ

- ชื่อสถานประกอบการ เลขที่บัญชี
 สำนักงานเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 ประเภทกิจการ จำนวนลูกจ้าง คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน
- ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) อายุ ปี
 ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย 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, อื่นๆ) 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 (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)

- ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุภาวะหรืออาการ เช่น แขนขาชาต)
- ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์
- โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) ประทับตราของบริษัท ตำแหน่ง หรือห้างร้าน (ถ้ามี) วันที่ เดือน พ.ศ.	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง (.....) ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.
---	--

- คำเตือน
- ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้น จะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 - ให้ลูกจ้างหรือผู้มิสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
 - พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
 - ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า(นายแพทย์,แพทย์หญิง)..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ..... นามสกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี

H.N..... A.N.....

2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่..... เวลา..... น.

กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย/ประสบอันตราย.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....

(Pertinent Physical Exam).....

6. ผลการตรวจพิเศษ.....

(Investigation).....

7. การวินิจฉัยโรค(ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD₁₀) 1.

2.

3.

(Diagnosis).....

โรคแทรก.....

8. การรักษา แนะนำ ยา,แนะนำ ผ่าตัด หัตถการอื่นๆ ระบุ.....

(Treatment)

ถ้ามีการผ่าตัด 1.

วันที่.....

2.

วันที่.....

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว มีกำหนด..... เดือน..... วัน ตั้งแต่วันที่.....

วันสิ้นสุดการรักษา..... ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1. ร้อยละ.....

(Result) 2. ร้อยละ.....

3. ร้อยละ.....

ไม่มีการสูญเสีย.....

เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....

(Comments).....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....