

**แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537**

สำหรับพนักงานจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

องค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

1. ชื่อพนักงานจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคม.....
 2. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างได้รับการจ้าง.....ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
 3. เวลาทำงานปกติเริ่ม.....น. เลิก.....น. ทำงานสัปดาห์ละ.....วัน
 4. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าตอบแทนเดือนละ..... บาท
 5. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
-
6. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 7. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายเวลา.....น. วัน เดือน ปี ที่หน่วยงานทราบ.....
 8. วัน เดือน ปี ที่พนักงานจ้างเริ่มหยุดงาน.....วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
 9. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร).....
-
10. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขาขาด).....
 11. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
-
12. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/ส่วนราชการที่จ้างพนักงานจ้าง

ลงชื่อ.....พนักงานจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ให้พนักงานจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนภายใน 180 วันนับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
3. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

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 หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....

(Treatment)

ถ้ามีการผ่าตัด 1.....

วันที่.....

2.....

วันที่.....

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

ถึงวันที่..... วันสิ้นสุดการรักษา..... ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

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

2..... ร้อยละ.....

3..... ร้อยละ.....

ไม่มีการสูญเสีย.....

เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....

(Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....